

# Schweizerische Ärztezeitung

**679** Editorial  
von Yvonne Gilli  
**Covid-Zertifikat: Auch  
zweischneidige Schwerter  
sollten scharf sein**

**692** Swiss Insurance Medicine  
**Das Arztzeugnis – Teil 2:  
die Telemedizin**

**720** «Zu guter Letzt»  
von Werner Bauer  
**Autistisch-undiszipliniertes  
Denken: war das einmal?**

**690** medical women switzerland  
**Gendergerechte Karriereplanung  
und Spitalstrukturen**

21 26. 5. 2021



**Verlag**

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;  
Eva Mell, M.A., Managing Editor;  
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;  
Nina Abbühl, Junior Redaktorin

**Externe Redaktion**

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;  
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;  
Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;  
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;  
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;  
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;  
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

**Redaktion Ethik**

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;  
Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

**Redaktion Medizingeschichte**

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

**Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik**

Prof. Dr. med. Milo Puhan

**Redaktion Recht**

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

**FMH**

EDITORIAL: Yvonne Gilli

679 **Covid-Zertifikat: Auch zweischneidige Schwerter sollten scharf sein**

SIWF: Raphael Stolz, Nadja Jenni, Monika Brodmann Maeder

680 **SIWF-Award: besonderes Engagement für die Weiterbildung**

TARIFFRAGEN: Mirjam Rufer

684 **Mission Possible: aktive Tarifmitgestaltung dank Antragsverfahren**

687 **Personalien**

**Organisationen der Ärzteschaft**

690



MWS – MEDICAL WOMEN SWITZERLAND: Adelheid Schneider-Gilg, Judit Pók Lundquist  
**Genderforschung – gendergerechte Karriereplanung und Spitalstrukturen** Die Jahrestagung der medical women switzerland (Vereinigung der Schweizer Ärztinnen) stand unter dem immer noch hochaktuellen Thema «Gendergerechte Karriereplanung – Genderforschung und ihre Konsequenzen auf Karriereplanung und Spitalstrukturen». Die Referentinnen haben neue Erkenntnisse aus der Genderforschung präsentiert, Top-Karrieren aufgezeigt und Parallelen zur Wirtschaft gezogen.

SWISS INSURANCE MEDICINE: Iris Herzog-Zwitter, Bruno Soltermann, Andreas Klipstein, Gerhard Ebner

692 **Das Arzteugnis – Teil 2**

**Weitere Organisationen und Institutionen**

BERNSTEIN-STIFTUNG: Stephan Kupferschmid, Urs Hepp, Konrad Michel, Michael Kaess, Thomas Reisch

695 **Suizidprävention bei Jugendlichen**

**Briefe / Mitteilungen**

698 **Briefe an die SÄZ**

702 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

## FMH Services



703 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

INTERVIEW MIT MARTIN FUX: Nina Abbühl

710 **Exklusiv für Fachpersonen**

GRÜEZI SCHWEIZ: Julia Rippstein

711 **«Je me sens en adéquation totale avec la mentalité suisse»**

## Horizonte

ERFAHRUNGSBERICHT: Katrin Fasnacht

714 **Mit Kopf, Herz und Hand**

STREIFLICHT: Dominik Heim

717 **Z wie Zweitmeinung oder die Folgen von «Psycho»**

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

718 **Vies dans le Haut-Tessin traditionnel**

719 **Persönlich**

## Zu guter Letzt

Werner Bauer

720 **Autistisch-undiszipliniertes Denken: war das einmal?**

BENDIMERAD



## Impressum

**Schweizerische Ärztezeitung**

Offizielles Organ der FMH  
und der FMH Services

**Redaktionsadresse:** Nina Abbühl,  
Redaktionsassistentin SÄZ,  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,  
Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,  
Tel. +41 (0)61 467 85 72,  
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzte-  
verlag AG, Farnsburgerstrasse 8,  
4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55,  
www.emh.ch

**Anzeigen:**

Markus Süess,  
Key Account Manager EMH  
Tel. +41 (0)61 467 85 04,  
markus.suess@emh.ch

**Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:**

Inserateannahme,  
Tel. +41 (0)61 467 85 71,  
stellenmarkt@emh.ch

**Rubrik FMH Services:** FMH Consulting

Services, Stellenvermittlung,  
Postfach 246, 6208 Oberkirch, Tel. +41  
(0)41 925 00 77, Fax +41 (0)41 921 05 86,  
mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

**Abonnemente FMH-Mitglieder:**

FMH Verbindung der Schweizer  
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,  
3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11,  
Fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

**Anderer Abonnemente:**

EMH Kundenservice, Postfach,  
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,  
emh@asmq.ch

**Abonnementspreise:** Jahresabonne-  
ment CHF 320.– zzgl. Porto.

ISSN: Printversion: 0036-7486 /  
elektronische Ausgabe: 1424-4004  
Erscheint jeden Mittwoch

**© FMH**

Die Schweizerische Ärztezeitung ist  
aktuell eine Open-Access-Publikation.  
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf  
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis  
der Creative-Commons-Lizenz  
«Namensnennung – Nicht kommer-  
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-  
national» das zeitlich unbeschränkte  
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-  
vielfältigen und zu verbreiten und  
öffentlich zugänglich zu machen.  
Der Name des Verfassers ist in jedem  
Fall klar und transparent auszuweisen.  
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit  
ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis  
von EMH und auf der Basis einer  
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

**Hinweis:** Alle in dieser Zeitschrift pub-  
lizierten Angaben wurden mit der  
grössten Sorgfalt überprüft. Die ange-  
gebenen Dosierungen, Indikationen  
und Applikationsformen, vor allem von  
Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwen-  
deten Medikamente verglichen werden.

**Druck:** Vogt-Schild Druck AG,  
<https://www.vsdruk.ch/>

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© Unsplash/Clay Banks

# Covid-Zertifikat: Auch zweischneidige Schwerter sollten scharf sein

**Yvonne Gilli**

Dr. med., Präsidentin der FMH



Als die FMH Anfang Mai ankündigte, gemeinsam mit pharmaSuisse ein nationales Impfbzertifikat zu lancieren, erhielten wir sehr viel positive Resonanz. Sowohl in der medialen Öffentlichkeit als auch unter unseren Mitgliedern stiess unser Vorhaben, schnell ein praxistaugliches Tool mit maximaler Datensicherheit auf Basis bestehender Infrastrukturen zu entwickeln, auf grosse Zustimmung. Die Mehrheit der Reaktionen zeugte von einem grossen Bedürfnis, mit einem solchen Zertifikat mehr Freiheiten zu ermöglichen – bei gleichzeitig möglichst geringem Gesundheitsrisiko.

Doch auch kritische Stimmen waren zu hören. Ihr wichtigster Einwand war: Verschafft die FMH mit einem Covid-Zertifikat nicht gesellschaftlicher Diskriminierung eine ärztliche Legitimation? Helfen wir nun dabei, die Gesellschaft in «nachgewiesene Unbedenkliche» und «potenziell Ansteckende» zu unterteilen? Befördern wir nicht einen faktischen Impfwang, sollten zukünftig Reisen oder Konzertbesuche ohne Covid-Zertifikat nicht mehr möglich sein?

Diesen wichtigen Bedenken lässt sich zunächst pragmatisch entgegenstellen: Das Zertifikat kommt ohnehin – und wir Ärztinnen und Ärzte sind unmittelbar betroffen. Es stellte sich für die FMH also weniger die Frage, ob und unter welchen Bedingungen ein Covid-Zertifikat zu unterstützen ist. Es stellte sich vor allem die Frage, ob wir in Praxen, Impfbzertentren und Spitälern voraussichtlich komplizierte Lösungen Dritter bedienen müssen – oder ob wir lieber eine eigene handliche Lösung liefern.

## Verschafft die FMH mit einem Covid-Zertifikat gesellschaftlicher Diskriminierung eine ärztliche Legitimation?

Grundsätzlich führt uns das Covid-Zertifikat vor Augen, dass die Medizin immer in einem gesellschaftlichen Kontext steht. Von jeher tragen wir Impfungen in das Impfbuchlein ein oder kommen unserer Meldepflicht übertragbarer Krankheiten nach – ohne direkt Einfluss auf die Verwendung dieser Daten nehmen zu können. Das Covid-Zertifikat geht nun noch deutlich weiter als der Impfbzert: Es dient nicht mehr in erster Linie der medizinischen Dokumentation zuhanden des Patien-

ten. Es ist explizit als Ausweis der «Unbedenklichkeit» konzipiert, der seinem Besitzer ermöglicht, Grundrechte wieder wahrzunehmen. Ein Impfbzwang besteht dadurch nicht, denn auch genesene und negativ getestete Personen sollen damit – gemäss Bundesrat – zum Beispiel an Veranstaltungen teilnehmen oder reisen können. So bietet das Zertifikat die Chance, die Gesundheit und Resilienz von Menschen zu stärken, die jetzt unter sozialer Isolation leiden.

## Die Tatsache, dass man ein Werkzeug missbrauchen kann, darf uns nicht davon abhalten, gute Werkzeuge zu entwickeln.

Die Sorge, ob die politisch Verantwortlichen ein solches Zertifikat in ethisch vertretbarer Weise einsetzen werden, kann nie vollständig ausgeräumt werden. Ein Zertifikat ist ein Werkzeug, das wie jedes Werkzeug sehr unterschiedlich genutzt werden kann. Ob ein Messer schnitzt oder tötet, ob ein Medikament Schmerzen lindert oder Schäden verursacht, hängt davon ab, wie es eingesetzt wird. Ob ein Zertifikat nur für Auslandsreisen und Konzertbesuche oder auch für Einkäufe und Spaziergänge zur Voraussetzung wird, entscheiden nicht wir, sondern unsere demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertreter. Die Tatsache, dass man ein Werkzeug missbrauchen kann, sollte uns aber nicht davon abhalten, gute Werkzeuge zu entwickeln. Wer ein Werkzeug zur Verfügung stellt, legitimiert damit nicht potenziellen Missbrauch.

Die FMH und pharmaSuisse vertrauen darauf, dass in unserer Demokratie ein Covid-Zertifikat im Sinne der Bevölkerung eingesetzt wird. Wir sehen uns ausserdem in der Pflicht, unsere Kompetenzen zur Bewältigung dieser Pandemie einzubringen – und bieten darum Hand für eine gemeinsame Lösung mit BAG und BIT. Der potenzielle Mehrwert für Patienten, Leistungserbringer und in der Pandemiebekämpfung verpflichtet uns, dieses Projekt zu wagen. Ein früher verfügbares, sicheres Zertifikat für die Patienten und weniger Administration für unsere Mitglieder ermöglichen schnellere Freiheiten und Impfungen. Angesichts dieses Gesundheitsgewinns – packen wir die Chance!

# SIWF-Award: besonderes Engagement für die Weiterbildung

Raphael Stolz<sup>a</sup>, Nadja Jenni<sup>b</sup>, Monika Brodmann Maeder<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Vizepräsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF;

<sup>b</sup> M.Sc., MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin SIWF/FMH; <sup>c</sup> PD Dr. med. et MME, Präsidentin des SIWF

Hat sich ein früherer Weiterbildner exemplarisch für Ihre Weiterbildung eingesetzt? Haben Sie dank der hohen didaktischen Kompetenz einer Weiterbildnerin speziell erfreuliche Fortschritte in Bezug auf Kenntnisse und Fähigkeiten machen können? Dann nominieren Sie diese engagierten Weiterbildungsverantwortlichen für den SIWF-Award für besonderes Engagement in der Weiterbildung! Auch dieses Jahr können sowohl Einzelpersonen als auch verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden.

Wir freuen uns, bereits zum achten Mal die Ausschreibung für den SIWF-Award veröffentlichen zu können. Die zahlreichen Nominationen und das positive Echo haben uns bestätigt, dass eine solche Auszeichnung sinnvoll ist und ihren Zweck erfüllt. Die Verleihung ist deshalb fester Bestandteil der SIWF-Agenda geworden. Entscheidende Grundlage für eine optimale Vermittlung von Können und Wissen an die Weiterzubildenden ist das Engagement der Kaderärztinnen und -ärzte. Diese Aufgabe lässt sich nur beschränkt durch Pflichtenhefte definieren, viel wichtiger sind persönliches Engagement und Begeisterung. Die Belastungen in der medizinischen Arbeitswelt sind vielfältig, und die zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen werden stets knapper, umso mehr sollten besonders aktive und motivierte Weiterbilderinnen und -bildner auch Anerkennung erhalten. Das SIWF bietet aus diesem Grund Assistenzärztinnen und -ärzten die Möglichkeit, das ausserordentliche Engagement solcher Weiterbildungs-

verantwortlicher explizit zu würdigen, ohne aber eine Rangliste erstellen zu wollen.

## Nominierung durch Assistenzärztinnen und -ärzte

Für den SIWF-Award können Personen nominiert werden, welche zurzeit in der ärztlichen Weiterbildung aktiv tätig sind. Im Fokus stehen Kaderärztinnen und -ärzte, welche sich persönlich für die Weiterbildung von angehenden Fachärzten und -ärztinnen einsetzen und besonders kompetent und initiativ bei der Weitergabe von Kenntnissen und Fertigkeiten sind. Auch dieses Jahr können verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden. Nominationsberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharzttitel befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharzttitel erworben haben. Eine Nomination ist dann gültig, wenn sie durch zwei Personen gemeinsam erfolgt. Sie soll die persönliche Wertschätzung für die wahrgenommene Weiterbildungsqualität und für das Engagement der Weiterbildungsverantwortlichen ausdrücken. Damit aufgrund des Nominationsprozesses keine Vorteile oder Konflikte am Arbeitsplatz entstehen können, dürfen nur Weiterbildungsverantwortliche oder Teams nominiert werden, bei welchen die Nominierenden aktuell nicht mehr angestellt sind. Die Namen der nominierenden Personen werden nicht veröffentlicht und den Nominierten auch nicht mitgeteilt. Es wird keine «Rangliste» der Nominierten erstellt.

## Jetzt Weiterbildungsverantwortliche nominieren!

Der SIWF-Award gibt die Möglichkeit, besonders engagierten und kompetenten ärztlichen Weiterbildungsverantwortlichen und auch Teams eine Anerkennung auszudrücken. Hat ein ehemaliger Weiterbildner oder eine ehemalige Weiterbildnerin bei Ihnen einen bleibenden Eindruck hinterlassen? Dann nominieren Sie ihn oder sie für den SIWF-Award.

Füllen Sie auf der SIWF-Website ([www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → SIWF-Projekte → SIWF Award) das Online-Formular aus.

Einsendeschluss: 31. Juli 2021

Weitere Informationen finden Sie auf [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch). Wenn Sie Fragen haben, erreichen Sie uns über [info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch) oder unter 031 503 06 00.

Schweizerisches Institut  
für ärztliche Weiter- und  
Fortbildung SIWF  
FMH  
Nussbaumstrasse 29  
Postfach  
CH-3000 Bern 16  
Tel. 031 503 06 00  
info[at]siwf.ch

### Kriterien für eine gültige Nomination

- Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharztstitel befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharztstitel erworben haben;
- die Nomination muss gemeinsam durch zwei Personen erfolgen;
- Nominierende dürfen aktuell nicht mehr bei dem zu nominierenden Weiterbildungsverantwortlichen angestellt sein;
- die zu nominierende Person muss aktuell in der Weiterbildung tätig sein.

### Jetzt Nomination einreichen!

Um jemanden zu nominieren, können Sie bis *31. Juli 2021* auf der SIWF-Website ([www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → SIWF-Projekte → SIWF Award) das Online-Formular ausfüllen. Die SIWF-Geschäftsleitung überprüft, ob die Nominierung formell korrekt ist, und entscheidet abschliessend über die Gültigkeit der einzelnen Nominationen. Alle korrekt Nominierten erhalten als Würdigung ihres Engagements in der Weiterbildung eine Anerkennungs-urkunde und ein Präsent. Sie werden (nach Rückfrage) auf der SIWF-Website aufgeführt und am MedEd-Symposium vom 29. September 2021 namentlich genannt.



**MedEd SYMPOSIUM SIWF/ISFM**  
Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung  
Institut suisse pour la formation médicale postgraduelle et continue

**8. MedEd SYMPOSIUM 2021**

**SIWF<sub>FMH</sub> ISFM**

Mit Simultan-übersetzung  
Avec traduction simultanée

**Perspektiven der ärztlichen Bildung  
Perspectives de la formation médicale**

**Keynote Speakers 2021**

<b>Selma Aybek</b> Prof. Dr. med. Bern	<b>Thomas Fassier</b> Dr méd., MPH, MHPE, PhD Genève	<b>Thomas C. Sauter</b> Prof. Dr. med. MME Bern	<b>Patricia Picchiotto Zofka</b> MAS Genève
--	--	---	---

**Spannende Seminare und interaktive Workshops – Séminaires passionnants et ateliers interactifs**

**Save the Date**  
**29. September 2021 – Casino, Bern**

Das MedEd-Symposium ist im Rahmen der erweiterten Fortbildung in allen Fachgebieten mit **7 Credits** anerkannt (**SIWF-approved**).  
Le Symposium MedEd donne droit à **7 crédits** dans toutes les disciplines dans le cadre de la formation continue élargie (**ISFM-approved**).

**APPROVED BY**  
**SIWF<sub>FMH</sub> ISFM**

Anmeldung/Inscription  
[www.congress-info.ch/meded2021](http://www.congress-info.ch/meded2021)



## Leistungsgerechte Vergütung stationärer Tarife

# Mission Possible: aktive Tarifmitgestaltung dank Antragsverfahren

**Mirjam Rufer**

Dr. med., Stv. Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Kernelemente für die Weiterentwicklung der stationären Tarifstrukturen sind die Antragsverfahren der SwissDRG AG und des Bundesamtes für Statistik (BFS). Beide Antragsverfahren stellen essentielle Pfeiler der aktiven Tarifmitgestaltung dar. Ihr Ziel ist eine leistungsgerechte Vergütung. Die FMH bietet ihren Fachgesellschaften und Dachorganisationen im Antragsprozess eine fundierte Unterstützung.

Die stationären Tarifsysteme sind lernende Systeme. Ein wichtiger Bestandteil dieser Lernfähigkeit sind die zu SwissDRG, TARPSY und ST Reha gehörigen Antragsverfahren. Im Folgenden wird der Antragsprozess exemplarisch für das akutstationäre Tarifsysteem dargestellt. Das Fallpauschalensystem SwissDRG basiert auf der Kodierung von Diagnosen nach *ICD-10 German Mo-*

### Eine aufwandgerechte und lernende Tarifstruktur bedingt kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege des Systems und seiner Grundlagen.

*dification* und Behandlungen gemäss Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP). Die Herausgabe und Pflege der CHOP-Klassifikation obliegt dem BFS. Als Grundlage für stationäre Tarifstrukturen soll die CHOP Behandlungen in einer Differenziertheit abbilden, welche die Zuordnung zu einer Fallgruppe und damit eine aufwandsgerechte Pauschale ermöglicht.

### Jährliche, neu kalkulierte Abgeltungswerte

Eine hochgradige Differenzierung der Codes nach allen möglichen Behandlungsvarianten würde zu einer enormen Ausweitung der CHOP-Klassifikation führen – aber nicht zwingend zu einer exakteren Abgeltung im Einzelfall. Denn im Unterschied zum ambulanten Einzelleistungstarif fasst das pauschalierende stationäre Tarifsysteem medizinisch und ökonomisch vergleichbare Fälle in definierte Fallgruppen zusammen. Die Abgeltungswerte dieser Fallpauschalen basieren auf den erfassten Kosten-

und Leistungsdaten der Spitäler und werden jährlich neu kalkuliert.

### Tarifsysteem soll dem klinischen Alltag gerecht werden

Eine aufwandgerechte und lernende Tarifstruktur bedingt eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege des Systems und deren Grundlagen. Die jährlichen Antragsverfahren des BFS und der SwissDRG AG nutzen die Hinweise der Anwender auf Unvollständigkeiten, um letztendlich das System den Entwicklungen des klinischen Alltags anzugleichen.

### FMH unterstützt Fachgesellschaften und Dachverbände aktiv

Die FMH gilt bei den Antragsverfahren als antragsberechtigte Organisation, siehe dazu auch Tabelle 1. Die Anträge selbst reichen jeweils die Fachgesellschaften oder Dachverbände<sup>1</sup> in der Person von DRG-Delegier-

### Antizipation und Weitsicht fördern die Abbildung moderner Medizin im Tarifsysteem.

ten oder Präsidierenden ein. Sehr gerne stehen wir bei diesem Prozess den Fachgesellschaftsvertretenden beratend zur Seite – jede Fachgesellschaft der FMH hat in unserer Abteilung eine Ansprechperson, welche die Anliegen der jeweiligen Organisation aufnimmt und bei der Ausarbeitung der Anträge tatkräftig unterstützt. In Zusammenarbeit mit der Abteilung für Stationäre Versorgung und Tarife der FMH wurden bisher über 3000 Anträge zur Weiterentwicklung der CHOP

<sup>1</sup> Der besseren Lesbarkeit halber im Folgenden als Fachgesellschaften bezeichnet.

**Tabelle 1:** Eckpunkte Antragsprozess.

Wichtig zu wissen	Antragsverfahren	Beschreibung
Antragsberechtigte Organisationen	BFS	FMH, H+, Kantone (GDK), Kranken- sowie Unfallversicherer, SwissDRG AG
	SwissDRG AG	FMH, H+, die Kantone (GDK), die Kranken- sowie Unfallversicherer
Rolle der FMH	BFS und SwissDRG AG	Die FMH ist als Dachorganisation antragsberechtigt, stellt jedoch selbst keine Anträge. Die Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife der FMH berät und unterstützt mit ihren Expertinnen und Experten die Fachgesellschaften* bei der Antragsstellung. Sie vertritt deren Anliegen in Expertisegremien zur Antragsumsetzung beim BFS.
Rolle der Fachgesellschaften*	BFS und SwissDRG AG	Die Fachgesellschaften* reichen, vertreten durch die Präsidierenden oder die bzw. den DRG-Delegierten, die Anträge ein und leisten einen wichtigen Beitrag zur fachbezogenen Weiterentwicklung/Pflege des Tarifsystems und der CHOP-Klassifikation.
Vorgehen bei disziplinübergreifenden Anträgen	BFS	Eine Absprache unter den betroffenen Fachgesellschaften*, vertreten durch die Präsidierenden oder die bzw. den DRG-Delegierten, vor dem Einreichen des Antrags ist zentral. Konsolidierte Anträge können vom BFS rascher umgesetzt werden.
	SwissDRG AG	Die SwissDRG AG prüft Anträge datenbasiert und unabhängig von der Unterstützung durch alle betroffenen Fachgesellschaften*.

\* Fachgesellschaften und Dachverbände der FMH.

und der stationären Tarifstrukturen über die FMH eingereicht. Durch dieses grosse Engagement aller Beteiligten konnte die Ärzteschaft einen wichtigen Beitrag zum «Lernprozess» der Tarifsysteme leisten.

### Gesucht: gemeinsames Merkmal als Kostentrenner

Die SwissDRG AG betreibt eine datengetriebene Weiterentwicklung der Tarifstrukturen. Wird innerhalb einer Pauschale ein gewisses Patientenkollektiv nicht aufwandsgerecht abgebildet, sollte sich dieses Kollektiv durch ein gemeinsames (Daten-)Merkmal von den anderen Fällen innerhalb der Fallpauschale (DRG) abgrenzen. Beispiele für solche Merkmale sind Diagnosen, Behandlungen, die Kombination davon, ein gewisser Komplexitätslevel durch die Nebendiagnosen (*PCCL – Patient Clinical Complexity Level*) oder weitere Merkmale. Neben den bisher erwähnten Datenmerk-

malen stellen Zusatzentgelte<sup>2</sup> oder die Erfassung von Medikamenten bzw. Substanzen für die medizinische Statistik<sup>3</sup> weitere mögliche Antragsinhalte dar, siehe dazu Tabelle 2.

### Interdisziplinär erarbeitete Anträge unterstützen eine zeitnahe Umsetzung

Für Anträge beim BFS ist wichtig zu prüfen, ob eine Behandlung mit den aktuell über 14000 CHOP-Kodes abbildbar ist. Falls bei bestehender Abbildungsmöglichkeit ein weiterer Differenzierungsgrad des CHOP-Kodes beantragt wird, sollte ein erheblicher Aufwand- beziehungsweise Kostenunterschied zugrunde liegen. Dieser sollte ferner das Potenzial haben, in einem weiteren Schritt im Fallpauschalensystem wiedergegeben zu werden. Tabelle 3 beschreibt mögliche Antragsinhalte für Anträge an das BFS. Sofern ein Antrag mehrere Fachgebiete betrifft, ist eine Abstimmung unter den betroffenen Fach-

**Tabelle 2:** Inhalte Antragsverfahren SwissDRG AG (Beispiel Akutsomatik).

Bereich	Problem	Antrag auf
SwissDRG	Medizinische (und ökonomische) Vergleichbarkeit einer Fallgruppe mit den anderen Fällen einer DRG ist nicht gegeben	Umgruppierung in andere DRG
	Unterdeckung von Fällen einer DRG mit gemeinsamem Merkmal (z.B. Alter, Diagnose, Behandlung, Kombination davon etc.)	Aufwertung innerhalb der Basis-DRG Einführung eines Splittkriteriums gemäss gemeinsamem Merkmal
Medikamente*	Substanz wird nicht erfasst	Neuaufnahme zur Erfassung
	Bestimmte Verabreichungsart wird nicht erfasst	Erweiterung der zu erfassenden Verabreichungsart
Zusatzentgelt	Teure Leistungen, welche bei einem Patientenkollektiv unterschiedlichster DRGs zur Anwendung kommen	Aufnahme auf Zusatzentgelt-Liste

\* Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen ([www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) → Akutsomatik → Datenerhebung → Medizinische Statistik).

2 Zusatzentgelte (ZE) werden ausserhalb der Pauschale zusätzlich vergütet. Dabei handelt es sich um teure Verfahren, Implantate, Blutprodukte oder Medikamente.

3 Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/ Substanzen, BFS.



**Tabelle 3:** Inhalte Antragsverfahren beim Bundesamt für Statistik.

Bereich	Problem	Antrag auf
CHOP	Behandlung ist nicht abbildbar	Neubildung
	Neue/besondere/andere Technik/Ausführung mit erheblicher Aufwands- bzw. Kostendifferenz von der aktuell abbildbaren Behandlung	Spezifikation, Differenzierung
	Behandlung entspricht nicht (mehr) der klinischen Praxis	Löschung
Kodierungsrichtlinie	Thematischer Bereich ist im Hinblick auf Kodierung ungenügend geregelt	Neuerstellung
	Anwendung unklar	Spezifikation
	Führt die betroffenen Fälle in eine inadäquate DRG	Modifikation, Löschung

gesellschaften sinnvoll. Für das BFS ist die fachliche Unterstützung durch die jeweiligen Fachgesellschaften bei der Antragsumsetzung zentral. Somit ermöglicht eine Absprache unter den Fachgesellschaften vor der Einreichung eine raschere Antragsumsetzung.

**Eine moderne Tarifstruktur bedingt Voraussicht**

Bei CHOP-Anträgen beträgt die Zeitspanne von der Antragsstellung bis zur datengestützten Integration im Tarifsysteem mindestens fünf Jahre. Anträge bei der SwissDRG AG fliessen frühestens in die übernächste Tarifversion ein. Die verzögerte tarifarische Abbildung von CHOP-Anträgen ist der Tatsache geschuldet, dass die jeweilige Tarifversion anhand des Datenjahres X-3 Jahre kalkuliert wird. Dieser Ablauf lässt sich aufgrund des gesamten Bewilligungsprozesses nicht beschleunigen. Umso wichtiger ist ein

wachsamer Blick auf die Entwicklungen im klinischen Alltag, um proaktiv deren Abbildbarkeit zu ermöglichen und das lernende System via Antragsverfahren frühzeitig anzupassen.

Fazit: Bei Bedarf für einen Antrag wendet sich ein Mitglied der Fachgesellschaft am besten an den DRG-Delegierten, die DRG-Delegierte seiner Organisation. Unter Berücksichtigung der Fristen (Tab. 4) unterstützt die FMH gerne die Ausarbeitung und interdisziplinäre

**Das gemeinsame Ziel: eine bessere Abbildung der Behandlung und dadurch eine aufwandsgerechte Vergütung im Tarifsysteem.**

Absprache, falls weitere Fachgesellschaften betroffen sind. So verfolgen wir mittels Antragsverfahren das gemeinsame Ziel: eine bessere Abbildung der Behandlung und dadurch eine aufwandsgerechte Vergütung im Tarifsysteem.

**Tabelle 4:** Aktuelle Fristen für Antragsverfahren.

Bei wem?	Wofür?	Frist 2021
Bundesamt für Statistik	CHOP 2023	31.5.–12.9.2021
	Kodierungshandbuch 2023	31.5.–11.7.2021
SwissDRG AG	SwissDRG: DRGs, Zusatzentgelte, Medikamente*	31.5.–11.7.2021

\* Liste der in der medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen (www.swissdr.org → Akutsomatik → Datenerhebung → Medizinische Statistik).

FMH  
Abteilung Stationäre Tarife und Versorgung  
Baslerstrasse 47  
CH-4600 Olten  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
tarife.spital[at]fmh.ch

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Ellen Frossard* (1927), † 15.2.2021,  
Fachärztin für Nephrologie und Fachärztin  
für Allgemeine Innere Medizin,  
3045 Meikirch

*Robert Dascal* (1928), † 24.4.2021,  
1752 Villars-sur-Glâne

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Pia Füllemann-Handschin*, Fachärztin für  
Allgemeine Innere Medizin, FMH, Längen-  
bergstrasse 34, 3132 Riggisberg

*Astrid Habenstein*, Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Privatklinik Wyss,  
Fellenbergstrasse 34, 3053 Münchenbuchsee

*Jaroslav Hrenák*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, Medbase Bern Westside,  
Ramuzstrasse 18, 3027 Bern, und Medbase  
Bern Bahnhof, Parkterrasse 10, 3012 Bern

*Nicolas Ramseier*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie,  
FMH, Universitätsklinik für Kardiologie,  
Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern

*Benjamin Sticher*, Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpraxis  
Länggasse, Hochbühlweg 5, 3012 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen  
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung  
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-  
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern  
Regio eingereicht werden. Nach Ablauf  
der Frist entscheidet der Vorstand über  
die Aufnahme der Gesuche und über  
die allfälligen Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Peter Luckhardt*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für Anästhesio-  
logie, CSS Krankenversicherung, Tribschen-  
strasse 1, 6005 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

*Andreas Kurmann*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Botenhofpraxis AG,  
Botenhofstrasse 4, 6205 Eich

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der  
Publikation schriftlich und begründet zu  
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons  
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des  
Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

*Eleftherios Stoios*, Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie, eigene Praxis im Kanton  
Schwyz geplant.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten  
Sie schriftlich innert 20 Tagen an  
Dr. med. Uta Kliesch,  
Maria-Hilf-Strasse 9, 6430 Schwyz  
oder per mail an [uta.kliesch\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

## Société Médicale du Valais Walliser Ärztegesellschaft

Se sont annoncés comme candidats à  
l'admission à la Société Médicale du Valais:  
Zur Aufnahme in die Walliser Ärztesell-  
schaft haben sich angemeldet:

Membres ordinaires / Ordentliche Mitglieder

*Constantin Johannes Ahlbrand*, 1987, Facharzt  
für Allgemeine Innere Medizin, Visp

*Laetitia Albertini*, 1975, Spécialiste en psy-  
chiatry et psychothérapie et Spécialiste en  
psychiatrie et psychothérapie d'enfants  
et d'adolescents, Sion

*Carlos Alejandro Apestegui*, 1971, Facharzt  
für Chirurgie, FMH, Sitten

*Anne-Marie Bader*, 1965, Spécialiste en  
gynécologie et obstétrique, Sion

*Grégoire Berthod*, 1974, Spécialiste en méde-  
cine interne générale et Spécialiste en onco-  
logie médicale, FMH, Martigny

*Yann Bildé*, 1978, Spécialiste en chirurgie  
orthopédique et traumatologie de l'appareil  
locomoteur, FMH, Saxon

*Florian Bugge*, 1965, Facharzt für Neurologie,  
Visp

*Géraldine Burri*, 1978, Spécialiste en médecine  
interne générale, FMH, Sion

*Solange Cambouris*, 1957, Spécialiste en  
gynécologie et obstétrique, Martigny

*Michela Cois*, 1983, Spécialiste en médecine  
interne générale, Collombey

*Hannah Crettenand*, 1979, Médecin praticien,  
FMH, Vouvry

*Sandrine Cuénoud*, 1987, Spécialiste en  
gynécologie et obstétrique, FMH, Sion

*Wouassila Delalande*, 1970, Médecin praticien,  
FMH, Vérossaz

*Fatoumata Diawara*, 1973, Médecin praticien,  
Martigny

*Bernd Döring*, 1958, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, Stalden

*Agnès Evina*, 1968, Spécialiste en gynécologie  
et obstétrique, Martigny

*Cecilia Ines Figueroa Muruaga*, 1972, Spécia-  
liste en gynécologie et obstétrique, Leytron

*Georg Fischer*, 1956, Praktischer Arzt, FMH,  
Bettmeralp

*Leander Gonzalez*, 1980, Facharzt für All-  
gemeine Innere Medizin und Facharzt für  
Pneumologie, FMH, Brig

*Mario Grgurin*, 1968, Facharzt für Radiologie,  
Visp

*Stefano Guicciardini*, 1982, Praktischer Arzt,  
Crans-Montana

*Sylvain Josué*, 1974, Médecin praticien,  
Crans-Montana

*Mohamed Ehab Kamel*, 1969, Spécialiste en radiologie et Spécialiste en médecine nucléaire, Sion

*Léonard Kamguia*, 1968, Spécialiste en anesthésiologie, FMH, Saxon

*Jean-Julien Keppi*, 1987, Spécialiste en ophtalmologie, Martigny

*Marian Kozuchowski*, 1977, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, St. Niklaus

*Roma Nicoleta Malval*, 1967, Spécialiste en médecine interne générale et Spécialiste en oncologie médicale, Sion

*Sandrine Mariaux*, 1986, Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, FMH, Collombey-Muraz

*Christine Maurus*, 1974, Fachärztin für Chirurgie, FMH, Martigny

*Gregor Müller*, 1957, Facharzt für Innere Medizin, FMH, Bettmeralp

*Phalkun Ngo*, 1980, Médecin praticien, Fully

*Jean-Emile Quazza*, 1964, Spécialiste en urologie et Spécialiste en chirurgie, Collombey

*Arnaud Ricard*, 1974, Spécialiste en pédiatrie, Martigny

*Bruno Rodrigues*, 1985, Spécialiste en médecine interne générale, FMH, Sion

*Ségolène Roemer*, 1986, Spécialiste en ophtalmologie, Martigny

*Matthias Schmid*, 1980, Médecin praticien, Ardon

*Melsi Seferi*, 1978, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Visp

*Gaël Simoné*, 1980, Spécialiste en chirurgie, FMH, Martigny

*Alexandre Simonin*, 1986, Spécialiste en neurochirurgie, Sion

*Roger Taconet*, 1958, Médecin praticien, Evolène

*Natalie Urwyler*, 1973, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Sitten

*Lucien Weiss*, 1978, Spécialiste en médecine interne générale, FMH, Spécialiste en gériatrie FMH, Saint-Maurice

*Vincent Wicki*, 1986, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, FMH, Martigny

Membres extraordinaires /  
Ausserordentliche Mitglieder

*Olivier Bauquis*, 1966, Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et Spécialiste chirurgie de la main, FMH, Martigny

*Bruno Roche*, 1953, Spécialiste en chirurgie, FMH, Crans-Montana

*Maurice Stauffacher*, 1951, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, Spécialiste en hypnose médicale FMH, Flanthey

*Eleni Tsigkanou-Pappas*, 1965, Spécialiste en médecine physique et réadaptation, FMH, Crans-Montana

*Laurence Van Tulder*, 1972, Spécialiste en anesthésie et Spécialiste en médecine intensive, FMH, Saxon

Les avis opposés à l'une ou l'autre admission sont à adresser au Secrétariat de la Société Médicale du Valais (Av. de France 8, 1950 Sion) dans un délai de 10 jours après publication.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb von 10 Tagen seit der Publikation schriftlich an das Sekretariat der VSÄG (Av. de France 8, 1950 Sitten) einzureichen.

## Aktuelle Themen auf unserer Website

[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



Drei Ärzte erzählen

### Wie Hongkong das Virus in Schach hielt

Hongkong hat es dank radikaler Massnahmen weitgehend geschafft, Covid-19 einzudämmen. Diese gingen aber teilweise auf Kosten der Freiheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung.



Interview mit Werner Bauer, ehemaliger Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

### «Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn»

Seit 2010 leitete Werner Bauer das SIWF. Auf Anfang Jahr hat er den Stab nun an seine Nachfolgerin Monika Brodmann Maeder übergeben. Zeit, um auf ein bewegtes Jahrzehnt zurückzublicken.



[Rückblick auf die Jahrestagung der mws – und Ausblick](#)

# Genderforschung – gendergerechte Karriereplanung und Spitalstrukturen

Adelheid Schneider-Gilg<sup>a</sup>, Judit Pók Lundquist<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Innere Medizin, FMH, Präsidentin medical women switzerland; <sup>b</sup> Dr. med., Gynäkologie/Geburtshilfe, FMH, Vorstandsmitglied medical women switzerland

Die Jahrestagung der mws – medical women switzerland (Vereinigung der Schweizer Ärztinnen) stand unter dem immer noch hochaktuellen Thema «Gendergerechte Karriereplanung – Genderforschung und ihre Konsequenzen auf Karriereplanung und Spitalstrukturen». Die Referentinnen haben neue Erkenntnisse aus der Genderforschung präsentiert, Top-Karrieren aufgezeigt und Parallelen zur Wirtschaft gezogen.

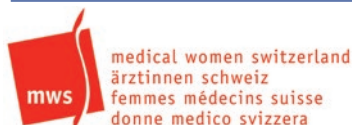
Tatsache ist, dass nach wie vor eine relevante genderbedingte Diskrepanz in der Karriereentwicklung besteht, wenn es um die Besetzung von höheren Kaderstellen geht: Nur 13% der Stellen für leitende Positionen, insbesondere für Chefärztinnen und in akademischen Forschungsbereichen, sind von Frauen/Ärztinnen besetzt. Oder anders gesagt: Bei Beförderungen werden Frauen unterproportional in höhere Positionen gewählt, signifikant weniger häufig als es dem bestehenden Frauenanteil im Beruf entsprechen würde. Die wichtigsten Gründe dafür konnten wie folgt verortet werden.

## Genderbedingte Diskrepanz in der Karriereentwicklung – die Gründe

- **Die Norm der Vollzeitstelle:** Kaderpositionen sind in der Regel Vollzeitstellen. Die Beförderungen in Kaderpositionen finden in der Regel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr statt, einer Zeit, in welcher viele Frauen insbesondere aus familiären Gründen zu Teilzeitarbeit übergehen beziehungsweise mutterschaftsbedingte Abwesenheiten aufweisen. Entsprechend erfahren sie – im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen, die häufiger ihre hundertprozentige Arbeitskraft anbieten können – im Auswahlverfahren für Kadermitarbeitende bereits im Anfangsstadium des Aufstiegs auf der Karriereleiter einen bedeutenden Nachteil.
- **Unterschiedliche Vorstellungen von Führung:** Während in manchen Betrieben eine direkte Führung mit klaren hierarchischen Strukturen herrscht, ist in anderen Betrieben die indirekte Führung die Norm, mit Betonung der Teamarbeit, von Wertschätzung und gegenseitigem Vertrauen. Indirekte Führung ist für Frauen, wie Untersuchungen gezeigt haben, attraktiver als das direkte Führungsmodell, das jedoch immer noch weitverbreitet ist. Entsprechend ist in Betrieben mit direkter, hierarchischer Führung schon die Anzahl der sich um Kaderstellen bewerbenden Frauen tiefer als diejenige der Männer.
- **Beförderung aufgrund der Expertise:** Beförderungen geschehen in der Regel aufgrund des Wissens und des Könnens, also der fachlichen Expertise. Führungskompetenzen spielen oft eine untergeord-



Ärztinnen: Im Beruf engagiert, aber zu selten befördert.



## mws – medical women switzerland – ärztinnen schweiz

Gegründet 1922 unter dem Namen «Vereinigung Schweizer Ärztinnen» VSÄ. Heute kann die mws auf knapp 1000 Kolleginnen zählen.

Kompetent und mit gezielt weiblichem Blick vertritt die mws – medical women switzerland (ärztinnen schweiz) als einziger Verband der Schweiz die Interessen von Medizinstudentinnen, Ärztinnen in Weiterbildung und Ärztinnen aller Fachrichtungen und Positionen in Spitälern, Instituten und Praxen aus jeder Region – mit oder ohne aktuelle Berufsausübung.

### Unser Credo

- Wir machen uns stark für individuell zugeschnittene Berufs- und Karrierewege und die Vereinbarkeit von beruflichem, sozialem und familiärem Engagement. Unser Netzwerk berät Medizinstudentinnen und junge Ärztinnen bei Laufbahnfragen, verbindet und unterstützt Ärztinnen in Praxen sowie Führungspositionen und schafft Synergien.
- Wir setzen uns dafür ein, dass die weibliche Perspektive in Ausbildung, Beruf, Standespolitik und Forschung anerkannt wird, und Ärztinnen in allen Fachrichtungen und Führungspositionen adäquat vertreten sind. Jede Ärztin soll dazu ermutigt werden, ihr weibliches Selbstverständnis im Beruf einzubringen.
- Wir analysieren gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen hinsichtlich ihrer Bedeutung für Ärztinnen ebenso wie für die weibliche Bevölkerung.
- Überall dort, wo Frauenanliegen zu wenig berücksichtigt werden, sind wir besonders aktiv. Nur wenn unsere Überzeugungsarbeit in allen relevanten medizinischen Institutionen und im öffentlichen Bewusstsein greift, können wir unsere Anliegen zum Wohl aller Beteiligten langfristig durchsetzen.

Für mehr Informationen besuchen Sie unsere Homepage: [www.medicalwomen.ch](http://www.medicalwomen.ch)

nete Rolle, was problematisch ist. Viele Frauen sind in ihrem Beruf zwar bestens qualifiziert und erfüllen sämtliche fachlichen Voraussetzungen, um eine Kaderposition zu übernehmen. Ein Nachteil liegt bei vielen Frauen aber darin, dass sie aufgrund von Teilzeit nicht für Beförderungen in Betracht gezogen werden oder, und das wiegt schwerer, dass sie sich, im Gegensatz zu männlichen Kollegen, die Führungsaufgabe nicht zutrauen.

### Minimierung und Eliminierung der genderbedingten Diskrepanz – Lösungsansätze

Um eine Karriere, einen beruflichen Aufstieg im Bereich Spitäler/Kliniken und akademischer Forschung anstreben zu können und zu wollen, braucht es für Frauen wie für Männer sowohl ein geeignetes Umfeld als auch, nebst Fachwissen, persönliche Eigenschaften wie Beharrlichkeit, Eigenverantwortung, Mut zur Entscheidung, Selbstreflexion und den Willen, Verantwortung für andere Menschen und einen Betrieb zu übernehmen.

Für ein geeignetes Umfeld sind ein gutes Arbeitsklima, Fairness und Transparenz und ein inklusives Arbeits-

umfeld wünschenswert. Die obgenannten, persönlichen Eigenschaften sind nicht allen Menschen, weder Männern noch Frauen, auf Anhieb gegeben. Sie können aber gefördert und erlernt werden. Beispielsweise besteht die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Weiterbildung Führungsqualitäten und auch die nötigen Softskills, die von Kadermitarbeitenden erwartet werden, anzueignen. Zudem darf Teilzeitarbeit nicht per se als Karrierekiller wirken. Falls Karriere tatsächlich eine konsumierende Vollzeitstelle verlangen sollte, so können und sollen alternative Arbeitsmodelle versucht werden, wie zum Beispiel ein Jobsharing.

### Weiterbildung für Assistenzärztinnen

Es ist dringend nötig, dass Frauen (und auch Männer) in ihrer Assistenzzeit die Möglichkeit einer Weiterbildung hinsichtlich Karriereplanung erhalten, wenn sie dies wünschen. Die mws unterstützt deshalb aktuell ein auf Initiative von Frau Prof. Dr. Gudrun Sander von der Universität St. Gallen entstehendes Projekt für ein zweijähriges Begleitprogramm für Assistenzärztinnen: Der Fokus dieses Programms wird darauf liegen, den Assistenzärztinnen Hilfestellung beim Treffen von individuellen Karriereentscheidungen zu geben und sie mit benötigten Informationen und Entscheidungshilfen zu unterstützen. Das Begleitprogramm wird mehrheitlich online durchgeführt und kann deshalb zeitlich unabhängig und in-

### «Teilzeitarbeit darf nicht per se als Karrierekiller wirken.»

dividuell absolviert werden. Starten soll es in der zweiten Jahreshälfte 2021. Das Programm wird massgeblich von den Deutschschweizer Universitätsspitalern Basel, Bern und Zürich mitfinanziert. Wir freuen uns, dass die mws dieses Projekt mit Beratung und später im Mentoringprogramm tatkräftig unterstützen kann.

### Bildnachweis

Unsplash/Clay Banks

### Das Wichtigste in Kürze

- Nur 13% der Stellen für leitende Positionen sind von Frauen/Ärztinnen besetzt.
- Aufgrund von Teilzeitarbeit werden viele Frauen nicht für Führungspositionen in Betracht gezogen.
- Ein neues zweijähriges Begleitprogramm kann Assistenzärztinnen bei der Karriereplanung unterstützen.

Dr. med.  
Adelheid Schneider-Gilg  
mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz  
Obstgartenstrasse 7  
CH-8006 Zürich  
sekretariat[at]  
medicalwomen.ch

## Neue Fragestellungen

# Das Arztzeugnis – Teil 2

Iris Herzog-Zwitter<sup>a</sup>, Bruno Soltermann<sup>b</sup>, Andreas Klipstein<sup>c</sup>, Gerhard Ebner<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr. iur., Juristin, FMH Rechtsdienst, Bildungsbeauftragte Swiss Insurance Medicine (SIM); <sup>b</sup> Dr. med., MAS Versicherungsmedizin, Vorsitzender Weiter- und Fortbildungskommission der SIM, Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband; <sup>c</sup> PD Dr. med. MSc, Leiter Medizin AEH AG, Fachleiter ZAFAS Kurse SIM;

<sup>d</sup> Dr. med. M.H.A., Präsident SIM, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxisinhaber, Zürich

Dies ist der zweite Teil einer kleinen Reihe von Beiträgen, welche die vielfältigen Facetten von Arbeitszeugnissen im Spannungsfeld von Medizin und Recht erörtern und Hinweise für den korrekten Umgang geben. Das gerade auch vor dem Hintergrund neuer Aspekte wie etwa Telemedizin.

### Arztzeugnis und FMH-Standesordnung

Ein nicht lege artis ausgestelltes Arztzeugnis kann standesrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Art. 34 der FMH-Standesordnung definiert die Anforderungen an ein Arztzeugnis mit folgendem Wortlaut:

«Ärztliche Zeugnisse, Berichte und Gutachten sind Urkunden. Bei deren Ausstellung haben Arzt und Ärztin alle Sorgfalt anzuwenden und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszudrücken. Der Zweck der Schriftstücke, das Ausstellungsdatum und ihre Empfänger sind anzugeben. Die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen ist unzulässig.»

Das Arztzeugnis muss die ärztliche Beurteilung eindeutig wiedergeben. Das Bundesgericht definiert die Anforderungen an den Arzt wie folgt: «Bei der Beurteilung, ob das Gesundheitszeugnis mit der Wahrheit übereinstimmt, ist zu berücksichtigen, dass es auf einem Sachverhalt beruht, der durch den Arzt interpretiert wird, und damit gezwungenermassen eine subjektive Komponente enthält» [1].

Das Arztzeugnis hat sich auf die notwendigen Informationen für den Empfänger zu beschränken, weitere Informationen wie beispielsweise eine Diagnose oder Behandlungen dürfen nur mit Einwilligung des Patienten dem Arbeitgeber mitgeteilt werden. In einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis ist die differenzierte Arbeits-



Das Arztzeugnis – Teil 1  
finden Sie in der Schweiz.  
Ärztztg 2021;102(15):497–9.

Welchen Beweiswert hat ein Arztzeugnis, das auf einer telemedizinischen Konsultation basiert?

fähigkeitsbeurteilung darzulegen, zu begründen und durch den Grad der Arbeitsunfähigkeit auszudrücken. Die Administration des Versicherers oder die Richter entscheiden, ob eine Krankheit, ein Unfall, eine Berufskrankheit oder eine unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist.

### Arztzeugnis nach erfolgter Telekonsultation

Telemedizin hat nicht nur zunehmend durch die Covid-19-Pandemie ihren Platz im medizinischen Alltag eingenommen, auch im Rahmen des Massnahmenpakets Kostendämpfung 2 wird sie auf Gesetzgebungsebene erwähnt [2]. Der Gesetzgeber sieht unter

#### Eine eingescannte Unterschrift erfüllt die rechtliche Verbindlichkeit einer Urkunde nicht.

anderem vor, Erstberatungsstellen als telemedizinische Zentren einzurichten [3].

Dass per telemedizinische Konsultation ein Arztzeugnis ausgestellt werden kann, ist unbestritten. Aber es stellt sich die Frage, welchen Beweiswert ein Arztzeugnis basierend auf einer telemedizinischen Konsultation hat. Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass die Beweiskraft dieser Urkunde geringer sein wird als diejenige des herkömmlichen Arztzeugnisses, da dieses basierend auf «sorgfältigen und fachkundigen Untersuchungen der Ärztin bzw. des Arztes erstellt» wird mit dem persönlichen Kontakt zur Patientin [4].

Medgate, ein Anbieter von telemedizinischen Leistungen, weist in ihren Richtlinien darauf hin, dass per Telefon oder Video eine Teil-Arbeitsunfähigkeit nicht beurteilt wird. Deshalb bescheinigt Medgate eine Arbeitsunfähigkeit nur im Umfang von 100% und hält fest, dass lediglich die Ausstellung eines einfachen Arztzeugnisses möglich ist [5].

Interessant ist ein aktuelles telemedizinisches Pilotprojekt für Covid-19-Patienten im Tessin [6]. Die Frage der Beweiskraft von telemedizinischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wird in Zukunft vermehrt die Gerichte befassen.

### Arztzeugnis – elektronisch signiert

Grundsätzlich muss das Arztzeugnis entweder eigenhändig durch den Arzt unterschrieben werden oder es benötigt eine qualifizierte elektronische Unterschrift nach ZertES (Bundesgesetz über die elektronische Signatur) [7]. Letztere muss also auf elektronisch übermittelten Arztzeugnissen vorhanden sein.

Eine eingescannte Unterschrift oder der Hinweis des Arztes, das Dokument sei elektronisch visiert worden, erfüllt die rechtliche Verbindlichkeit einer Urkunde nicht. Zudem erfüllt weder ein E-Mail noch eine Fotokopie die Anforderungen an eine Urkunde.

### Vertrauensarzt untersteht gegenüber dem Arbeitgeber dem Berufsgeheimnis

Das Bundesgericht hat in einem Leiturteil BGE 143 IV 209 präzisiert, inwieweit der Vertrauensarzt gegenüber dem Arbeitgeber dem Berufsgeheimnis untersteht [8]. Das Bundesgericht bestätigt, dass der Vertrauensarzt dem Arbeitgeber nur so weit Auskunft erteilen kann, als er vom Arztgeheimnis befreit ist. Das Bundesgericht spricht in diesem Leiturteil vom «Vertrauensarzt», was jedoch nicht dem im Art. 57 KVG erwähnten Vertrauensarzt entspricht. Dieser wird gemäss Gesetzgeber als unabhängige Instanz zur Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle eingesetzt.

Das Bundesgericht führt dazu wie folgt aus: «Sowohl der Arzt, der vom Patienten selber aufgesucht wird, als auch der Vertrauensarzt, der von einem Arbeitgeber eingesetzt wird, werden wegen ihrer berufsspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten in Anspruch genommen. Auch der vom Arbeitgeber eingesetzte Vertrauensarzt muss über umfassende Informationen über den Gesundheitszustand des Exploranden verfügen, um der ihm übertragenen Aufgabe sachgerecht nachkommen zu können. Der Arbeitnehmer, der zu

#### Das Bundesgericht bestätigt, dass der Vertrauensarzt nur so weit Auskunft erteilen kann, als er vom Arztgeheimnis befreit ist.

einer vertrauensärztlichen Untersuchung aufgebeten wird, darf darauf vertrauen, dass diese Informationen nicht ohne Weiteres an den Arbeitgeber weitergeleitet werden» [9].

Ob und in welchem Umfang der Vertrauensarzt dem Arbeitgeber berichten darf, hängt davon ab, ob er seitens des Arbeitnehmers vom Geheimnis entbunden worden ist. Ohne weitergehende Ermächtigung des Arbeitnehmers darf sich der Vertrauensarzt gegenüber dem Arbeitgeber nur zum Bestehen, zur Dauer und zum Grad einer Arbeitsfähigkeit äussern sowie zur Frage, ob es sich um eine Krankheit oder einen Unfall handelt. Erteilt der Patient dem Arzt die Ermächtigung für eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zuhanden des Arbeitgebers, so ist der Arzt basierend auf der Ermächtigung legitimiert, beim Arbeitgeber diejenigen Informationen einzuholen, die für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit notwendig sind.

Eine Person, die ein Geheimnis mit der Einwilligung des Berechtigten offenbart, ist gemäss Art. 322 Ziff. 2 StGB nicht strafbar. Der Arbeitgeber darf vom Vertrauensarzt zudem gemäss Art. 328b OR nur diejenigen Angaben erfragen, welche die Eignung des Arbeitnehmers für das Arbeitsverhältnis betreffen oder zur Durchführung des Arbeitsverhältnisses erforderlich sind. Eine Diagnose darf nicht erfragt werden.

### Strafrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Ausstellung eines Arztzeugnisses

Stellt eine Ärztin vorsätzlich oder fahrlässig ein falsches Zeugnis aus, dann ist der Straftatbestand des falschen ärztlichen Zeugnisses erfüllt. In Art. 34 der FMH-Standesordnung ist verankert, dass das Ausstellen eines Gefälligkeitszeugnisses unzulässig ist.

«Von einem Gefälligkeitszeugnis ist dann die Rede, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt ihren Patienten eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, obschon sie oder er weiss, dass diese Arbeitsunfähigkeit nicht oder nicht im bescheinigten Umfang besteht» [10]. Im Jahre 2008 bestätigte das Bundesgericht die Verurteilung eines Arztes wegen eines falsch ausgestellten ärztlichen Zeugnisses. Das Bundesgericht präzisiert dazu: «Das Zeugnis ist unwahr, wenn es ein unzutreffendes Bild vom Gesundheitszustand des Menschen vermittelt, was auch der Fall ist, wenn wesentliche Umstände verschwiegen werden» [11]. Nachfolgend die in diesem Kontext relevante strafrechtliche Bestimmung:

StGB Art. 318 Falsches ärztliches Zeugnis

- «Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Hebammen, die vorsätzlich ein unwahres Zeugnis ausstellen, das zum Gebrauche bei einer Behörde oder zur Erlangung eines unberechtigten Vorteils bestimmt, oder das geeignet ist, wichtige und berechtigte Interessen Dritter zu verletzen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

Hat der Täter dafür eine besondere Belohnung gefordert, angenommen oder sich versprechen lassen,

so wird er mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafen bestraft.

- Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse.»

#### Literatur

- 1 Urteil BGer 6B\_99/2008 vom 18.3.2008 E. 2.4.1.
- 2 Bundesamt für Gesundheit BAG → Versicherungen → Krankenversicherung → Laufende Revisionsprojekte → KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2
- 3 Erläuternder Bericht Massnahmenpaket Kostendämpfung 2. Bundesamt für Gesundheit BAG → Versicherungen → Krankenversicherung → Laufende Revisionsprojekte → KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2
- 4 Ärztliche Zeugnisse Kanton Zürich. Kanton Zürich → Handbuch Personalrecht → Krankheit und Unfall → Ärztliche Zeugnisse
- 5 medgate → Arbeitsunfähigkeitszeugnis
- 6 srf → Telemedizin im Tessin für Covid-Kranke
- 7 Nach Art. 14 Abs. 2bis OR ist die qualifizierte elektronische Signatur gemäss Bundesgesetz über die elektronische Signatur (ZertEs) der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.
- 8 BGE 143 IV 209.
- 9 BGE 143 IV 209 E. 1.2. Der vom Arbeitgeber eingesetzte Vertrauensarzt untersteht somit dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB.
- 10 Ärztliche Zeugnisse Kanton Zürich. Kanton Zürich → Handbuch Personalrecht → Krankheit und Unfall → Ärztliche Zeugnisse
- 11 Urteil BGer 6B\_99/2008 vom 18.3.2008 E. 3.1.

#### Bildnachweis

Agenturfotografin | Dreamstime.com

## Das Wichtigste in Kürze

- Dass per telemedizinische Konsultation ein Arztzeugnis ausgestellt werden kann, ist unbestritten, doch es stellt sich die Frage, welchen Beweiswert ein Arztzeugnis hat, das auf einer telemedizinischen Konsultation basiert.
- Eine eingescannte Unterschrift oder der Hinweis des Arztes, das Dokument sei elektronisch visiert worden, erfüllt die rechtliche Verbindlichkeit einer Urkunde nicht.
- Die Ärztin, die von einem Arbeitgeber beauftragt wird, die Arbeitsfähigkeit eines Arbeitnehmers zu beurteilen, untersteht dem Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 Ziff. 1 StGB. Basierend auf der Ermächtigung des Arbeitnehmers, darf die Ärztin dem Arbeitgeber keine über den Rahmen von Art. 328b OR weitergehende Information erteilen. Das heisst, der Arbeitgeber darf über den Arbeitnehmer nur diejenigen Daten bearbeiten, soweit sie dessen Eignung für das Arbeitsverhältnis betreffen oder zur Durchführung des Arbeitsvertrages erforderlich sind.





# Suizidprävention bei Jugendlichen

Stephan Kupferschmid<sup>a</sup>, Urs Hepp<sup>b</sup>, Konrad Michel<sup>c</sup>, Michael Kaess<sup>d</sup>, Thomas Reisch<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Chefarzt Psychiatrie für Jugendliche und junge Erwachsene, Integrierte Psychiatrie Winterthur; <sup>b</sup> Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor, Integrierte Psychiatrie Winterthur; <sup>c</sup> Prof. em. Dr. med., Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Spiez; <sup>d</sup> Prof. Dr. med., Ordinarius und Direktor, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universität Bern; <sup>e</sup> Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor / Chefarzt Klinik für Depression und Angst, PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

Die Bernstein-Stiftung ruft zur Eingabe von Projekten im Bereich Suizidprävention auf. Zweck der Stiftung ist die Verbesserung der Suizidprävention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Förderung von Präventionsprojekten und Unterstützung von Forschungsvorhaben.

Während in der Schweiz bei Erwachsenen die Häufigkeit von Suiziden in den letzten zwei Jahrzehnten abnahm, ist die Suizidrate bei den 10- bis 18-jährigen Jugendlichen mit 3,7 pro 100 000 weitgehend unverändert geblieben und liegt damit über dem europäischen Durchschnitt.

Deshalb ist Suizidprävention gerade in dieser Altersgruppe von hoher Bedeutung. Eine gute Evidenz liegt dabei für sehr unterschiedliche Methoden der Suizidprävention vor, etwa Restriktion von Suizidmethoden, Psychoedukation und Awareness-Bildung, Schulung von Schlüsselpersonen, Behandlung von psychischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen).

Jedoch ist die Finanzierung von Suizidprävention sowohl bezüglich der Forschung als auch hinsichtlich der praktischen Implementierung in der Schweiz schwierig. Im Jahr 2016 wurde der sogenannte «Aktionsplan Suizidprävention» verabschiedet, leider stehen aber zur Umsetzung dieses Planes nur wenige Gelder zur Verfügung. Die Suizidprävention in der Schweiz ist daher auf engagierte Akteure angewiesen.

tion bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen voranbringen.

Die Bernstein-Stiftung will insbesondere vielversprechende Projekte und Forschungsvorhaben auf unkomplizierte Art und Weise unterstützen, die durch andere Förderungsinstrumente nicht erfasst oder finanziert werden. Für die Prüfung und die Begleitung der Projekte stellen sich Expertinnen und Experten aus der Suizidforschung ehrenamtlich zur Verfügung.

- Die Bernstein-Stiftung fördert Projekte aus dem Bereich der Suizidprävention, die sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene richten.
- Die Projektförderung beträgt maximal 20 000 Franken pro Projekt und Jahr.
- Die Förderung erfolgt längstens während zweier Jahre.
- Im Rahmen ihres Zweckes kann die Stiftung wissenschaftliche, medizinische und soziale Projekte und Modelleinrichtungen unterstützen.
- Die Eingabe für Projekte ist fortlaufend möglich. Detaillierte Angaben sind auf der Homepage ([bernsteinstiftung.ch](http://bernsteinstiftung.ch)) zu finden.

## Unkomplizierte Projektförderung

Die Bernstein-Stiftung wurde 2019 vom Ehepaar Barbara Bernstein und Dr. med. Peter Bernstein in Gedenken an ihren Sohn gegründet. Das Herzensanliegen des Gründerehepaares ist es, Vorhaben zu unterstützen, die ganz konkret und praktisch die Suizidpräven-

Der Stiftungsrat ermutigt insbesondere Nachwuchsforschende zu einer Projekteingabe und steht für Rückfragen gerne zur Verfügung.

**Bildnachweis**  
Unsplash/Kat J

Bernstein Stiftung  
c/o PZM Psychiatriezentrum  
Münsingen AG  
Hunzigenallee 1  
CH-3110 Münsingen  
Tel. 031 720 81 01  
Fax 031 720 88 00  
[info\[at\]bernsteinstiftung.ch](mailto:info[at]bernsteinstiftung.ch)

# Briefe an die SÄZ

## Die Versorgungskapazität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist viel zu klein!

Brief zu: Rota F, Traber R, Léchaire C, Seifritz E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie. Schweiz Ärztztg. 2021;102(18):606–9.

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat die Versorgung Erwachsener in der COVID-19-Pandemie mit einer Umfrage bei ihren Mitgliedern untersucht. Im entsprechenden Artikel in der SÄZ heisst es auch: «Gegebenenfalls erscheint Bedarf nach höheren Versorgungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) zu bestehen.»

Als freipraktizierende Fachärztin sehe ich klar eine ungenügende Versorgungskapazität zumindest in der Ostschweiz. Ich höre auch von meinen Kolleginnen und Kollegen und von den Chefärztinnen und -ärzten der KJPPs und stationären Einrichtungen in der KJPP, dass sie monatelange Wartezeiten haben. Diese Wartezeiten gelten auch für schwer beeinträchtigte Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Kinder, die wegen ihrer psychiatrischen Störung die Schule nicht mehr besuchen können und ambulant nicht intensiv genug behandelt werden können. Die langen Wartezeiten führen zu einer Chronifizierung der Störungen, welche in der Folge schwieriger und mit mehr Aufwand behandelt werden müssen. Jugendliche, die wegen einer psychischen Erkrankung wichtige Meilensteine wie die Berufswahl nicht bewältigen können, können auf Jahre hinaus benachteiligt sein.

Die Versorgung in der KJPP war schon vor der Pandemie ungenügend, mit Wartezeiten, die in der Somatik von niemandem akzeptiert würden. Die Pandemie hat das Problem noch verschärft, weil Kinder mit Lern- und Leistungsstörungen infolge von Schulschliessungen und Fernunterricht noch grössere Mühe hatten, in der Schule mitzukommen, und deswegen vermehrt reaktive Störungen von Verhalten oder Emotionen entwickelten. Lernende haben vermehrt Angst, die Abschlussprüfungen infolge Mangel an beruflicher und schulischer Praxis nicht zu bestehen oder keine Stelle zu finden, weil Lehrabgänger mit coronabedingt reduzierter Ausbildung in der Wirtschaft weniger gefragt sind.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie, Uzwil*

## Weniger ist mehr

Brief zu: Sojer R. Was braucht ein nutzbringendes EPD aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte? Schweiz Ärztztg. 2021;102(18):597–600.

Danke den Verfassern für die konzise Zusammenfassung eines komplexen Themas. Nachdem ich mich selber über ein Jahrzehnt berufsbedingt mit dem Geburtsprozess des EPD auseinandergesetzt habe, kann ich vielleicht doch noch ein paar Prognosen zum Ungeborenen abgeben. Mittlerweile hat ja auch das Parlament nach einigen falsch ausgerechneten Geburtsterminen den Wehentropf angestellt, um die Geburt nun, koste es, was es wolle, einzuleiten.

Ich denke durchaus, dass sich das Kind mal dereinst zum nützlichen Helfer der Medizin entwickeln kann. Damit sich das EPD nicht zur Müllhalde ungezählter PDF-Dokumente entwickelt, ruht meine Hoffnung auf vernünftig eingesetzten Metadaten «was ist in dem Dokument enthalten», anhand derer die Hausärztin in Zeitnot dereinst die relevanten Daten herausfischen kann. Und was braucht der Notarzt? Eine aktuelle Medikamentenliste? Angaben zu Allergien? Oder den Zeitpunkt der letzten Tetanus-Impfung? Letzteres wäre ja auch im elektronischen Impfpass enthalten, wäre dieser nicht grad jüngst aus Datenschutzbedenken vorübergehend vom Netz genommen worden. Ein betagter Freund von mir war innerhalb zweier Jahre dreimal gegen Tetanus geimpft worden, nach jedem Stolpersturz halt. Auch mit strukturierten Laborübersichten könnte einiges an unnötigen Blutentnahmen eingespart werden. Denn: weniger ist oft mehr. Auch bei den Daten.

*Jakob Grieder, Mühlenberg*

## «smarter medicine»: Fehlende wissenschaftliche Grundlage einer Empfehlung (mit Replik)

Brief zu: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». «smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.

Für die Empfehlung von «smarter medicine» vom 28.4.2021, die lautet «kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention», geben die Autoren als einzige Quelle das Paper der Cholesterol Treatment Trialists' Collabo-

ration, CTT: «Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials», *Lancet* 2019;393:407, an.

Die Bedeutung der Studienresultate scheint hier allerdings im Rahmen der Formulierung dieser Empfehlung nicht richtig erkannt worden zu sein. Zumindest kann die Schlussfolgerung, die zur Empfehlung geführt hat, bei korrekter Anwendung allgemeingültiger statistischer Prinzipien aufgrund der zitierten Studie nicht nachvollzogen werden. Die Autoren des CTT schreiben nämlich: «... 14483 (8%) of 186854 participants ... were older than 75 years at randomisation. We observed a significant reduction in major vascular events in all age groups. Although proportional reductions in major vascular events diminished slightly with age, this trend was not statistically significant.» ... «We observed a 25% ... proportional reduction in the risk of coronary revascularisation procedures with statin therapy ... which did not differ significantly across age groups. Similarly, the proportional reductions in stroke of any type ... did not differ significantly across age groups ...»

Leider hat sich in der Medizin die Unsitte eingebürgert, statistisch nicht signifikante Trends als Wahrheiten darzustellen, möglicherweise weil sie nur so in ein bestimmtes Konzept passen. Eine Schlussfolgerung auf der Basis nicht-signifikanter Ergebnisse ist, zumindest in den auf naturwissenschaftlichen Grundlagen beruhenden Teilen der Medizin, unzulässig. Der Satz «... wegen ihres wahrscheinlich geringen Nutzens ...» entspricht somit der Meinung der «smarter medicine»-Autoren, lässt sich aber wissenschaftlich nicht belegen. Aufgrund der Definition des Signifikanzniveaus ( $p < 0,05$ ) sind nicht-signifikante Unterschiede allenfalls durch grössere Studien zu überprüfen, dürfen aber per se nicht wissenschaftlich weiterverwendet werden, als «geringen Nutzens», d.h. als «wahrscheinlich signifikant unterschiedlich zu anderen Gruppen» interpretiert werden oder gar als Grundlage von Empfehlungen dienen.

Die Autoren der Empfehlung schreiben weiter, dass «... es bei Personen über 75 Jahre ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung [unklar] ist, ob eine neu begonnene lipid-senkende Behandlung mit Statinen kardiovaskuläre Ereignisse oder den Tod verhindert.» Sicher verhindert auch eine Behandlung mit Statinen den Tod bei über 75-jährigen nicht; der Durchschnitt der Bevölkerung stirbt 10–15 Jahre später, statistisch rund 50% an ASCVD. Bei tieferem Verständnis der Zusammenhänge zwischen dem kardiovaskulären Risikofaktor

LDLC und dem Auftreten atherosklerotischer Ereignisse wird man hingegen erkennen müssen, dass ein LDLC oberhalb eines bestimmten Grenzwerts (approx. 1 mmol/l) eine Bedingung für die Entstehung einer Atherosklerose ist. Bei lebenslang tieferen Werten (wie z.B. im Tierreich) würde keine Atherosklerose entstehen. Jede Senkung, wie auch die CTT nachgewiesen hat (-21% von «major ASCVD» pro 1 mmol/l LDLC), verlängert das Leben, auch bei über 75-Jährigen, da ja kein Unterschied dieses Effekts im Vergleich mit jüngeren gefunden wurde. Wissenschaftlich jedenfalls, wie dies hier versucht wird, ist deshalb der Verzicht auf eine Behandlung über 75-Jähriger nicht zu begründen.

Prof. Dr. med. André Miserez, Reinach

### Replik zu «smarter medicine': Fehlende wissenschaftliche Grundlage einer Empfehlung»

Sehr geehrter Herr Kollege Miserez  
Vielen Dank für Ihren Leserbrief, in dem Sie kritisieren, dass unsere Empfehlung bezüglich Statin-Neubehandlung bei über 75-Jährigen in der Primärprävention der wissenschaftlichen Grundlage entbehre, und die korrekte Wiedergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse fordern.

Gerne gehen wir auf Ihre Kritik wie folgt ein:

1. Die in der Empfehlung zitierte, im *Lancet* publizierte Metaanalyse der Cholesterol Treatment Trialist' (CTT) Collaboration [1] ist die bisher grösste Metaanalyse von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) zum Thema, darum beziehen wir uns auf sie. Natürlich haben wir auch Kenntnis von weiteren grossen Kohortenstudien zum Zusammenhang zwischen Lipiden und Herz-Kreislauf-Ereignissen [2, 3]. Naturgemäss geben solche Kohortenstudien aber keine Auskunft über kausale Zusammenhänge, sondern nur über Assoziationen, und werden im Vergleich zu RCTs mit tieferem Evidenzgrad bewertet.

Weil somit die wissenschaftliche Grundlage aus *prospektiven* RCTs stammt, verwenden wir in der Empfehlung die korrekte Bezeichnung «Neu-Behandlung mit Statinen».

2. Ihre Argumentation ist schlüssig für die *Sekundärprävention*, bzw. für die gemischte Studienpopulation der CTT aus *Primär- und Sekundärprävention*, das heisst Menschen mit und ohne kardiovaskuläre Ereignisse in ihrer Vergangenheit. Entsprechend ist die Konklusion der CTT für die gesamte Studienpopulation formuliert, inklusive der älteren Probanden.

In Bezug auf unsere Empfehlung dürfen wir jedoch darauf hinweisen, dass sie sich explizit auf die *Primärprävention* bezieht, das heisst auf Menschen *ohne* kardiovaskuläre

Ereignisse. Dies ist klar so benannt in der Empfehlung. Und in dieser Population gilt gemäss der *Lancet*-Metaanalyse [1]: Es sind unter Statintherapie *keine* signifikanten Unterschiede in der Rate kardiovaskulärer Ereignisse bei Menschen über 75 feststellbar (RR 0,92, 95% CI 0,73–1,16). Genau genommen gilt schon ab dem Alter von 70 (bis  $\leq 75$ ) in der Primärprävention, dass die Wirkung des Statinbeginns zweifelhaft ist: Dort beträgt das 95%-Konfidenzintervall 0,70 bis 1,01. Selbst die CTT Collaborators räumen in ihrer Konklusion ein:

*«In the primary prevention setting, among people older than 75 years, there is less evidence of the effects of statin therapy. Ongoing trials are investigating this group directly.»*

Eigentlich müsste es sogar heissen «no evidence» für einen Benefit. Mit unserer Begründung in der Empfehlung «... *wahrscheinlich geringer Nutzen*» haben wir diesen Zusammenhang zurückhaltend formuliert und Raum für die folgende Tatsache gelassen: Das Fehlen eines statistisch signifikanten Effekts in einer Subgruppenanalyse ist noch kein Beweis, dass es sicher keinen Nutzen gäbe. Dieser muss aber in den von den Autoren des Artikels erwähnten Studien zur Primärprävention bei älteren Patienten zuerst nachgewiesen werden.

3. Ihre Betrachtung des pathophysiologischen Wirkeffekts allein greift zu kurz – vor allem wenn ein Benefit zweifelhaft ist, werden die potenziellen Nebenwirkungen einer (Statin-) Behandlung umso relevanter. Muskelschmerzen und andere Nebenwirkungen sind nicht selten bei Statinbehandelten, gerade im höheren Alter. «*Weniger kann mehr sein*», eine Maxime der smarter medicine, gilt somit beim Neubeginn von Statinen in der Primärprävention bei über 75-Jährigen sehr wohl, und das auf wissenschaftlicher Basis.

Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle

Dr. med. Regula Capaul

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky

#### Literatur

- 1 CTT Collaboration. *Lancet*. 2019;393:407–15.
- 2 Giral P, et al. *Eur Heart J*. 2019;40:3516–25.
- 3 Ramos R, et al. *BMJ*. 2018;362:k3359.

### Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

### Le Conseil fédéral n'est pas l'exploitant du parc de loisirs

Lettre concernant: Gilli Y. Sur le grand huit en compagnie du Conseil fédéral. *Bull Med Suisses*. 2021;102(17):562.

Chère consœur,

Votre éditorial du BMS n° 17 m'a rendu perplexé. Non que je ne comprenne pas l'allusion aux montagnes russes, mais je n'ai pas compris ce que vous auriez voulu transmettre! Et en fait vous dites que cela n'a pas été facile pour le public.

Il y a une règle «de fer», c'est que le virus est transmis entre personnes, et ce sont donc bien les citoyens qui «font» la diffusion du virus, par leur comportement s'ils sont atteints, et aussi s'ils ne le sont pas et ne respectent PAS les 3 règles. Plus il y a de virus dans l'air, plus de gens sont atteints. Même s'ils suivent soigneusement les 3 règles! Donc à ce titre la responsabilité du public est évidente, globalement. On a entendu dire tellement de bêtises de la part de personnes «laïques», pour défendre leurs intérêts, que cela n'a PAS pu vous échapper. Si vous cherchez dans vos connaissances, elles se sont probablement toutes permis des entorses aux règles, qui ont probablement fait le lit de la deuxième vague, bien surprenante. Lors de la première vague, la situation a été miraculeusement contrôlée, et même AVANT l'instauration des mesures préventives, ce qui prouve que c'est la peur qui a fait bien agir: il y a un travail tout à fait édifiant de l'Université de Lausanne à ce sujet!

Donc le Conseil fédéral, quelquefois trop laxiste pour faire plaisir, fin juin, a été à l'occasion imprudent. Mais qu'il ait fait faux en changeant le dispositif au cours du temps en relation avec l'évolution épidémiologique reste à prouver; je crois d'ailleurs que les gens ont maintenant enfin compris!

On comprend mieux l'intention vers la fin de votre texte: «... pour une vaccination à large échelle au cabinet», donc un plaidoyer pro domo. Vous conviendrez que pour les vaccins à ARN, c'est plutôt difficile, et c'est le motif pour lequel cela n'a été conçu qu'en complément à l'action publique, efficace et maintenant massive.

Dr méd. Virgile Woringer, Lausanne

### Akademische Titel – Etikettenschwindel?

Brief zu: Sevinç S. Ärzteschaft mit ausländischem Diplom. *Schweiz Ärzteztg*. 2021;102(16):542.

Kollege S. Sevinç beklagt sich, dass im Ausland ausgebildete und in der Schweiz praktizierende Ärztinnen und Ärzte ihren im Rah-

men eines Berufsdoktorats erworbenen Titel «Dr. med.» nur verwenden dürfen, wenn zusätzlich das Kürzel des Herkunftslands (A, H, SRB) hinter dieser Bezeichnung steht: z.B. «Dr. med. (H)». Diese Vorschrift der kantonalen Gesundheitsbehörden wird von ihm als Stigmatisierung interpretiert und als fehlende Wertschätzung empfunden.

Bekanntlich gibt es – man denke an die USA und Österreich – grosse Unterschiede im Gebrauch und in der beigemessenen Bedeutung akademischer Titel. Darauf soll aber nicht eingegangen werden.

Zur Vermeidung eines Etikettenschwindels sollen akademische Titel so aufgeführt werden, wie sie tatsächlich verliehen wurden. Der akademische Grad «Dr. med.» wird hierzulande, gestützt auf eine wissenschaftliche Arbeit, die erst im Anschluss an das Medizinstudium – im Rahmen einer Dissertation – verfasst wurde, verliehen. Selbstverständlich steht es den im Ausland ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen frei, durch eine solche Sonderleistung ihren akademischen Titel aufzuwerten und diesen dann ohne «diskriminierenden» Zusatz zu führen. Ich selbst habe einigen motivierten ausländischen Kolleginnen und Kollegen die Promotion zum Dr. med. ermöglicht.

Der Erwerb auch anderer akademischer Abschlüsse beruht auf unterschiedlichen Anforderungen. Dieser Tatsache wird durch eine korrekte Benennung der entsprechenden Diplome und Titel Rechnung getragen. Nur so ist es – seit der Bologna-Reform – möglich, z.B. einen Abschluss als Maschineningenieur an der ETH, Master of Science ETH in Mechanical Engineering (MSc ETH ME), vom Abschluss an einer Fachhochschule, MSc ME ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften), zu unterscheiden.

Etikettenschwindel wird hierzulande nicht selten mit dem Titel Dr. phil., der als Zusatz zur Bezeichnung Dr. med. geführt wird («Doppeltitel»), betrieben. Diese Tatsache lässt sich leicht anhand von Briefköpfen bekannter Kliniken und Institute belegen. Der meist im Ausland, z.B. in Australien oder in den Niederlanden, im Rahmen einer üblicherweise zweijährigen wissenschaftlichen Tätigkeit erworbene Titel PhD wird – entgegen einschlägigen fakultären Vorschriften – durch die Bezeichnung Dr. phil. ersetzt. Der Erwerb dieses Titels ist aber nicht nur mit einem viel höheren Zeitaufwand verbunden, sondern auch deutlich anspruchsvoller.

Noch spannender ist der Etikettenschwindel mit dem Professorentitel, dessen «Währung» u.a. mit geläufigen Abkürzungen der Herkunftsuniversität oder -hochschule transparent gestaltet werden könnte.

*Prof. Dr. med. Erich W. Russi, Winterberg*

### Drei Mal Ja für eine gesunde Umwelt

Brief zu: Felix O. Haben Sie keine Angst, «Ja» zu Ihrer Gesundheit zu sagen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(15):506.

Alle wollen etwas tun, aber wenn es konkret wird, hören wir die altbekannten Argumente gegen eine Wende zum Positiven: «Heute doch lieber nicht und so extrem auch nicht.» Das ÄrztInnen-Komitee «3x JA für eine gesunde Umwelt» ([www.aefu.ch/3x\\_JA](http://www.aefu.ch/3x_JA)) ist der Ansicht, es brauche hier und jetzt konkrete, umsetzbare Vorgaben. Das Stimmvolk hat die Gelegenheit, am 13. Juni gleich 3 Mal von der Politik Massnahmen für eine gesunde Umwelt zu fordern: mit dem Ja zum CO<sub>2</sub>-Gesetz (Klimaschutz heisst Gesundheitsschutz), dem Ja zur Trinkwasserinitiative (keine Steuergelder für eine gesundheitsschädliche Nahrungsmittelproduktion) und dem Ja zur Pestizidverbotsinitiative (innert 10 Jahren Umstellen auf eine nachhaltige Landwirtschaft).

*Reiner Bernath, Hausarzt,  
Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU),  
Solothurn*

### Un rein vaut mieux que deux... (mit Replik)

Voici une lettre que j'ai récemment adressée à la commission d'éthique de Swisstransplant. Je n'ai pas eu de réponse pour l'heure. Médecin assistant en psychiatrie dans un hôpital suisse, j'ai récemment pris en charge un patient d'origine extra-européenne lors d'une consultation aux urgences psychiatriques. Le patient est âgé de 31 ans et présente une insuffisance rénale terminale, diagnostiquée lors de son arrivée en Suisse il y a deux ans, avec environ trois dialyses par semaine. Son statut administratif est un permis N. En raison de sa situation administrative, ce patient n'est pas prioritaire pour une greffe pour deux raisons qui, en apparence, se renforcent:

1. avant toute prise en charge en vue d'une intervention, on attend que le Secrétariat d'Etat aux Migrations (SEM) se prononce sur sa demande d'asile, afin qu'une décision en cours de processus n'entrave celui-ci;
2. au vu de situations cliniques antérieures, lors desquelles le SEM a prononcé des décisions de renvoi directement après une transplantation d'organe (décision liée à la réalisation de l'opération), on devient hésitant à réaliser des transplantations sur des patients au statut incertain.

Cela fait donc deux raisons pour ne pas élire un demandeur d'asile pour une greffe d'organe. Ces raisons semblent, par ailleurs, prio-

ritaires par rapport à d'autres critères d'éligibilité.

Swisstransplant semble n'avoir pas d'avis clair sur la question des candidats en situation de demande d'asile. Quelle est la position de son comité d'éthique?

*Dr Marius Zimmermann, Genève*

### Replik zu «Un rein vaut mieux que deux...»

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung, zum Schreiben von Herrn Dr. Zimmermann Stellung zu beziehen. Leider hat uns das erwähnte Schreiben an die Ethikkommission von Swisstransplant bis heute nicht erreicht. Wir möchten deshalb auf diesem Weg zu den im Brief aufgeworfenen Fragen Stellung nehmen.

Das Transplantationsgesetz sieht vor, dass jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz bei der Organzuteilung gleich zu behandeln ist. Bei der Zuteilung eines Organs darf niemand diskriminiert werden. Auch Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz kommen unter bestimmten Voraussetzungen die gleichen Rechte zu wie Personen, die in der Schweiz wohnen. So sind Personen aus EU- und EFTA-Staaten sowie Grenzgänger/-innen und deren Familienangehörige bei der Organzuteilung gleich zu behandeln, wenn sie in der Schweiz krankenversichert sind.

Zudem regelt die Organzuteilungsverordnung besondere Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Warteliste von Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz, welche nicht unter die oben genannten Kategorien fallen.

In dem vom Kollegen erwähnten Fall handelt es sich um einen dialysepflichtigen Asylsuchenden mit Aufenthaltsbewilligung N. Eine Zuteilung von Organen ist hier genauso möglich wie bei allen anderen oben erwähnten Kategorien, sofern die betroffene Person in der Schweiz krankenversichert ist. Die Indikation zur Aufnahme eines Patienten auf die Organwarteliste wird von den Transplantationszentren gestellt, welche auch die notwendigen Abklärungen im Vorfeld durchführen. Dabei stellt sich auch die Frage, ob und wenn ja, inwieweit die Nachsorge im Herkunftsland gewährleistet ist, um das Ergebnis einer Transplantation bei mangelhafter oder gar fehlender Immunsuppression nicht zu gefährden.

*PD Dr. med. Franz Immer,  
Cardiovascular Consultant,  
Medical Director – CEO Swisstransplant*

### Impfzertifikat der FMH

Wir haben in unserer Zweierpraxis mehrere hundert Patientinnen und Patienten gegen Covid-19 geimpft. Obwohl die finanzielle Entschädigung unterirdisch ist, wollten wir einen Beitrag leisten zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten. Die Belastung war immens: schwierige Patientenselektion, telefonische Terminabsprache und Impfdurchführung. Viel Zeit benötigte auch die Erfassung im kantonalen Register mit komplizierter Benutzerführung, wobei ein Datentransfer vom Praxissystem nicht möglich war. Zusätzlich zu Namen und Adresse mit Telefonnummer mussten Risikodiagnosen angegeben und mittels Checkbox bestätigt werden, dass der 93-jährige Patient nicht schwanger ist. Aus dieser Datenbank musste dann mühsam für jede einzelne Person ein kantonales Zertifikat mit QR-Code generiert und ausgedruckt werden, welches bei Zweitimpfung ausgehändigt wurde.

Nicht überraschend ist das kantonale Impf-Tool fehlerbehaftet, musste der Kanton doch aus dem Nichts eine Lösung hinzubauen, weil das BAG sich als unfähig erwiesen hat, rechtzeitig ein entsprechendes Tool zur Verfügung zu stellen. Noch heute ist der Bund beschäftigt mit der Evaluation eines Zertifikats aus 52 Bewerbungen. Auch unsere FMH hat eine Version eingereicht, ist jedoch durchgefallen, aus welchen Gründen auch immer. Nun plant die FMH, den eigenen inoffiziellen Impfausweis trotzdem öffentlich anzupreisen und einzuführen, wahrscheinlich um die entstandenen Entwicklungskosten zu rechtfertigen. Gemäss Verlautbarung sei der Schritt nötig, damit Geimpfte rechtzeitig dokumentiert seien, obwohl sie das mit dem kantonalen Zertifikat bereits sind. Der Impfarzt soll den FMH-Ausweis erstellen und den Patienten abgeben, wobei die Patientendaten direkt vom Praxissystem importiert werden könnten. Nicht bedacht wurde, dass die Daten der Impfungen nicht im Abrechnungssystem erscheinen und separat nachgetragen werden müssten. Gleich verhält es sich mit einer allfällig durchgemachten Covid-Erkrankung. Ebenso wenig hat sich der Zentralvorstand Gedanken gemacht, wie unsere Praxistelefone und MPAs erneut belastet werden für die Ausstellung eines letztendlich ungültigen zusätzlichen Zertifikats.

Was geschieht erst, wenn die übrigen 50 negativ evaluierten Anbieter ihren Ausweis ebenfalls anpreisen? Was, wenn der Bund eines Tages überraschenderweise ein offizielles Zertifikat anbietet und als integrativen Bestandteil der Impfschädigung ebenfalls uns Impfarzte ausfüllen lässt?

Vertretbar ist die Einführung jeglicher Zertifikate ausschliesslich, wenn sämtliche Daten aus den bestehenden kantonalen Registern importiert werden mit direktem Versand an die PatientInnen, ohne Einbezug der Impfpraxen. Aber nur so!

Ansonsten sähen wir uns genötigt, unser Telefon analog den umliegenden Spitälern zu konfigurieren: «Wenn Sie Fragen zum Impfausweis haben, kontaktieren Sie bitte direkt die FMH unter Telefon 031 359 11 11, ansonsten drücken Sie die 1.»

*Dr. med. Markus Jakob, Bad Ragaz*

### Resilienz bei Corona: Impfungen in der Stabilisierungsphase

Die Pandemie durch SARS-CoV-2-Viren ist nach wie vor weltweit aktuell. In der Schweiz ist sie die grösste gesundheitspolitische Herausforderung. Sie betrifft alle vernetzten staatlichen Strukturen.

Die Übertragung durch Tröpfchen und Aerosole, ausgehend von (noch) gesunden Trägern, ist heute unbestritten. Massnahmen zur Verhinderung von Kontakten (Isolation) sind langfristig inakzeptabel. Infektionen lassen sich über die Anzahl Kontakte einschränken. Tracing, Testungen, um Virusausscheider zu erfassen, sind sehr kostspielig und langfristig ineffizient. Dies gilt auch für wirksame Massnahmen zur Reduktion der Virusdosis über den Abstand: Raumbelüftung, Schutzwände, Masken. Die Resilienz bei der Beschaffung des Materials wurde missachtet.

Optimal wirken nur alle Massnahmen gleichzeitig zusammen, auch mit Impfungen: Die Wissenschaft hat in sehr kurzer Zeit viele Impfstoffe geschaffen. Das weltweite Konzept der Solidarität, gezielt Risikogruppen zu impfen, ist einmalig. In der ersten Phase wurden die Risikopatientinnen und -patienten, die Seniorinnen und Senioren und das Pflegepersonal geimpft, sofern die betroffenen Personen dies wollten. Die regionale Verteilung der Impfstoffe hat in der Schweiz funktioniert. Probleme ergaben kantonal unterschiedliche Hortungen von Impfstoffen.

Die Hausärzteschaft hatte wegen der Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten rascher und effizienter die gelieferten Impfstoffe verimpft. Die Arbeit wurde wegen Vorschriften für Registrierungen, unbrauchbarer Tools, fragwürdig verlangter persönlicher Daten, komplizierter EDV-Übermittlungen,

völlig diskriminierender Tarifverträge, fehlender Bezahlungen der Abrechnungen so erschwert, dass viele Hausärztinnen und -ärzte nicht mehr impfen. Diese Impf-Resilienz wurde gebrochen. Es braucht nun sehr viel, dieses Vertrauen wiederaufzubauen.

In der zweiten Stabilisierungsphase galt nur die Priorisierung nach Alter. Prioritär sollten jedoch Personen geimpft werden, welche aus arbeitsmedizinischen Gründen speziell gefährdet sind (Lehrpersonen, Polizeikräfte, Personal im Verkauf lebensnotwendiger Güter usw.), nicht Impfdränger, Versicherer, Touristen. Die altersspezifische Erkrankungsrate nimmt jedoch bei Jugendlichen und Schülern zu. Sie sind als Risikogruppe nicht akzeptiert, obwohl sie zusätzlich langfristig psychosozial über fehlende praktische Bildungsfähigkeit, Herumhängen, Gewaltdemonstrationen, Vereinsamung durch digitale «soziale Medien» gefährdet sind. Ohne die Eltern zu fragen, können Schüler ab 16 Jahre geimpft werden. Dies gilt speziell für Lehrlinge und Mittelschüler.

Für die Zukunft der Menschen ist die Bildung zentral. Impfen ist nichts anderes als die immunologische Bildung. Deshalb sollten die Lehrpersonen, welche die Bildung vermitteln, auch prioritär geimpft werden. Sie erklären dies ja auch den Schülern. In risikoreichen Berufen instruieren die Lehrpersonen auch die arbeitsmedizinischen Schutzkonzepte (Handschutz, Hygiene, Masken). In einzelnen Kantonen werden sie bevorzugt geimpft, in anderen besteht kein Konzept. Man empfiehlt, Lehrpersonen und Jugendliche vor den Sommerlagern zu testen, um Betroffene zu isolieren oder Quarantäne zu verordnen. Impfen wird nicht erwähnt, obwohl dies epidemiologisch wirksamer wäre.

Nicht alle Lehrpersonen wollen sich impfen lassen. Wichtig ist das Zeichen der Solidarität, dass ihre Anliegen ernst genommen werden. Prioritär geimpfte Lehrpersonen fördern die Akzeptanz der Impfungen, speziell der Jugendlichen.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

**Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.**

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Zwischenprüfungen 2021

Kinderorthopädie und Tumore des Bewegungsapparates

Datum: Verfügbarkeit online: von Mitte Mai bis 30. September 2021

Ort: online via [www.swissorthopaedics.ch](http://www.swissorthopaedics.ch)

Anmeldefrist: bis spätestens 30. Juni 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Endokrinologie/Diabetologie

Datum:

Freitag, 5. November 2021  
8.30–12.30 Uhr schriftliche Prüfung,  
14.00–17.00 Uhr mündliche Prüfungen

Ort:

Inselspital Bern, Wirtschaftsgebäude  
Freiburgstrasse 16a  
Eingang 35, Geschoss H

Schriftliche Prüfung:  
Sitzungszimmer Paradiso H 612

Mündliche Prüfung: Der Ort wird mit der schriftlichen Einladung bekanntgegeben.

Anmeldefrist: 17. September 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Endokrinologie/Diabetologie

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Zytopathologie zum Facharzttitel Pathologie

Ort: Institut für Pathologie, Universität Bern

Datum: Dienstag, 2.11.2021

Anmeldefrist: 31.8.2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Pathologie

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Alterspsychiatrie und -psychotherapie zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie

Datum: Mittwoch, 3. November 2021

Ort:

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60

Anmeldefrist:

31. August 2021 (Poststempel zählt)

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Psychiatrie und Psychotherapie

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Phoniatrie zum Facharzttitel Oto-Rhino-Laryngologie

Datum: Dezember 2021

Datum, Ort und Zeit werden individuell vereinbart.

Anmeldefrist: 31. August 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Oto-Rhino-Laryngologie

## Mitteilung an die Mitglieder der VSÄG

Die Generalversammlung der VSÄG wird am *Donnerstag, 10. Juni 2021*, in geschlossenem Rahmen stattfinden.

Aufgrund des aussergewöhnlichen Kontextes, der sich aus der COVID-19-Pandemie ergibt, und zum Schutz ihrer Mitglieder hat die VSÄG in ihrer Vorstandssitzung vom 28. April 2021 beschlossen, dass ihre ordentliche Mitgliederversammlung *ausnahmsweise* unter Ausschluss der Öffentlichkeit um 19.15 Uhr stattfinden wird, gemäss Art. 27 der Verordnung 3 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus vom 19. Juni 2020 (SR 818.101.24).

Damit ihre Mitglieder über die verschiedenen Traktandenpunkte abstimmen können: Am 20. Mai 2021 werden sie die Einladung erhalten mit der Traktandenliste und den Abstimmungsunterlagen. Zum gleichen Zeitpunkt werden alle Berichte zu den verschiedenen traktandierten Punkten im Intranet zur Einsichtnahme aufgeschaltet sein.

Die Frist für die Rücksendung/Einreichung des Stimmmaterials an die VSÄG ist *Dienstag, 8. Juni 2021, um 12 Uhr*.

Die VSÄG dankt ihren Mitgliedern für das Verständnis und hofft auf eine rege Beteiligung.

# «Je me sens en adéquation totale avec la mentalité suisse»

**Julia Rippstein**

Rédactrice print et online

Plus d'un tiers des médecins en Suisse viennent de l'étranger. Pourquoi ont-ils quitté leur pays? Quels écueils ont-ils rencontré? Que disent-ils de notre système de santé? La rubrique «Bonjour la Suisse» tente de répondre à ces questions. Dans ce numéro, nous avons interrogé le jeune urgentiste Hugo Delsert qui a troqué la douceur toulousaine pour les verdoyantes collines fribourgeoises, pas qu'il a franchi en 2013.

«Mon nom de famille est d'origine suisse, il vient de 'Delessert'. Quelque part, j'avais envie de retourner aux sources», explique avec un sourire dans la voix Hugo Delsert, médecin français généraliste installé à Romont (FR) depuis 2013. Ce jeune homme de 35 ans a toujours eu «la bougeotte». Originaire du Nord de la France, non loin de Lille, il étudie la médecine à Toulouse, se spécialise en médecine d'urgence puis en médecine d'urgence de montagne, avant d'exercer pour le SAMU (n.d.l.r., équivalent du SMUR en Suisse) en Hautes-Pyrénées. Il y assouvit son amour des montagnes et de l'alpinisme lors de sauvetages périlleux. Est-ce l'appel des Alpes qui l'a poussé à venir en Suisse? «C'est sûr que le côté alpin m'attirait, mais ce n'est pas ce qui m'a décidé.» En 2012, un sympathisant d'Al-Qaïda tire sur des enfants qui rentraient dans une école à Toulouse, ville où Hugo Delsert suivait sa formation au SAMU. Cette attaque terroriste le choque profondément; il est sur le point de devenir père. «Cet événement tragique m'a beaucoup fait réfléchir. Avais-je vraiment envie de voir grandir mes enfants dans ce contexte?» Il repère dans *Le Quotidien du médecin* l'annonce d'un médecin fribourgeois à la recherche d'un successeur pour son cabinet à Romont. L'urgentiste tout juste diplômé en parle à l'un de ses chefs toulousains, sa décision est prise: il va tenter sa chance en



C'est l'attentat terroriste à Toulouse de 2012 qui a décidé Hugo Delsert à quitter la France.

Suisse. «Sur le plan sécuritaire, on ne peut pas trouver mieux que la Suisse», souligne celui qui est désormais père de deux enfants.

## Des Fribourgeois accueillants

Son nom a beau avoir des racines vaudoises, ce n'est pas pour autant que le Lillérois connaissait notre petit pays. «Mis à part mes lointaines origines suisses, qui m'intriguaient, je ne savais rien de la Suisse. Je me lançais en terre inconnue.» Le choc culturel a-t-il été d'autant plus grand? «Peu de choses m'ont surpris, je n'ai jamais été frappé par la réserve que l'on attribue aux Suisses. J'ai été extrêmement bien accueilli dans le canton de Fribourg.» Ses voisins sont par exemple devenus des amis proches. Comme c'est une région qui manque de généralistes et où les médecins français s'installent – encore – peu, il pense que c'est en partie pourquoi il y a été accueilli à bras grands ouverts. Son jeune âge semble aussi avoir fait mouche. «A l'époque, j'avais 27 ans. J'étais parmi les tout jeunes médecins français, si ce n'est le plus jeune, à m'installer en Suisse.»

## L'étonnante barrière de rösti

L'urgentiste a immédiatement tenu en estime la mentalité helvétique. «Les gens ne râlent pas, ils sont disciplinés. On mise sur la confiance, alors qu'en France, on se méfie beaucoup. Les Suisses sont travailleurs, je le suis aussi. Je me sens vraiment en adéquation avec cette mentalité.» Ce qui l'a cependant surpris, c'est le *Röstigraben*, barrière linguistique et culturelle entre Romands et Alémaniques: «C'est fou de voir cela dans un si petit pays!» Une barrière qui se manifeste aussi dans les airs. Féru d'aviation, Hugo Delsert a passé son brevet de pilote en Suisse et s'est amusé de constater



Hugo Delsert sur l'héliport de l'HFR: «Je vois mon engagement à l'hôpital comme une réelle mission depuis le début de la pandémie.»

que «même les pilotes romands aguerris évitent de voler au-dessus de la Suisse alémanique à cause des instructions en dialecte». Lui se débrouille bien en *Hochdeutsch* et comprend un peu le suisse allemand, «mais pas le singinois», précise-t-il. Engagé à l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR) depuis mars 2020 dans la lutte contre le Covid-19, l'expatrié s'est vite rendu compte que l'allemand était indispensable dans ce canton bilingue.

### Le premier à Vuisternens-devant-Romont

Son engagement à l'HFR lui tient beaucoup à cœur, ce qui lui a permis de devenir médecin agréé, «mission» qu'il remplit en plus de son cabinet à Romont. Il est l'un des rares médecins à jongler entre hôpital et propre cabinet depuis le début de la pandémie. «Je suis hyperactif, je fais plein de choses en même temps», admet Hugo Delsert. Passionné par son métier, il aime transmettre son savoir et forme des étudiants de l'Université de Fribourg en master de médecine générale. «J'ai envie de montrer que la médecine rurale peut être excitante et très variée. Si j'arrive à faire passer ce message et éveiller l'intérêt des étudiants, je suis comblé.» Infatigable, le jeune généraliste est en train de faire construire un nouveau cabinet, qu'il investira en juillet, à Vuisternens-devant-Romont. «Historiquement, j'en serai le premier médecin», dit-il avec fierté. Une de ses anciennes étudiantes projette de s'associer à lui, preuve que la transmission de savoir porte ses fruits. Que dire du système de santé suisse? Même s'il n'a que peu connu la médecine générale en France, il est

convaincu de la très haute qualité des soins en Suisse: «Tout est fait pour qu'on puisse se concentrer sur le patient, sur la médecine en elle-même.» «En France, les médecins n'ont pas d'assistantes médicales, ce métier n'existe pas», poursuit-il. Hugo Delsert constate qu'il y a davantage de «gaspillage» dans le système de santé français: «Deux consultations sont nécessaires pour une simple prise de sang, *idem* pour les radiographies. On multiplie les interventions. En Suisse, on peut faire de nombreux examens de laboratoires sur place, ce qui permet d'optimiser le temps du patient et les coûts. Dans le système français, le médecin généraliste semble ne pas être jugé assez compétent pour gérer un laboratoire et les radiographies. J'aime, en Suisse, la confiance accordée aux médecins de premier recours.»

### Injustice face aux diplômes

Il y a toutefois un bémol, que le Français espère voir s'améliorer: l'épineux problème de la reconnaissance de son diplôme et de ceux de ses compatriotes. «On est reconnu comme médecin praticien, mais pas comme spécialiste en médecine interne, alors qu'on fait le même travail.» Le Fribourgeois d'adoption devrait rattraper plusieurs années de formation postgrade afin d'obtenir le titre équivalent – ce qui est difficile à concilier avec un travail en cabinet. Il comprend que l'équivalence fasse l'objet d'une évaluation minutieuse, mais estime qu'elle pourrait être facilitée, par exemple en faisant passer l'examen fédéral aux médecins étrangers après un certain nombre d'années de pratique. Le généraliste rappelle que la Suisse dépend beaucoup de ces médecins, français notamment: «D'un côté, on a besoin de nous pour faire face à la pandémie et pour pallier la pénurie de médecins, de l'autre nous ne sommes pas reconnus à notre juste valeur.»

Il l'assure, c'est le seul point noir. D'ailleurs, il n'a aucune intention de rentrer en France. «Je suis bientôt éligible à la nationalité suisse. Dès que je le pourrai, je ferai ma demande de naturalisation». Hugo Delsert et sa famille sont très bien intégrés, ses enfants se sentent plus suisses que français. Si son fils est né en France, sa fille a vu le jour en Suisse. «Mon plus beau souvenir depuis que je suis ici», se remémore le trentenaire, «c'est un sentiment à la fois étrange et très fort de voir son enfant naître dans un autre pays. C'est comme si on prenait racine, laissait une trace.»

#### Crédits photos

Images mises à disposition

Pour la rubrique «Bonjour la Suisse», nous recherchons des médecins étrangers intéressés à raconter ce qui les a motivés à venir en Suisse et comment ils y vivent. Vous pouvez nous faire part de votre intérêt par courriel: [julia.rippstein\[at\]emh.ch](mailto:julia.rippstein[at]emh.ch)



# Exklusiv für Fachpersonen

Das Interview führte: **Nina Abbühl**

Junior-Redaktorin

Anfang Jahr ging die neue Website des *Swiss Medical Forum* (SMF) online. Martin Fux, Leiter des Projekts, erzählt, welche Verbesserungen vorgenommen wurden und worauf sich die Leserinnen und Leser der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) freuen dürfen.



Martin Fux, Leiter Business & Digital Development beim Schweizerischen Ärzteverlag EMH.

## **Wieso wurde die SMF-Website neu gestaltet?**

Die Website wurde für die Herausforderungen der Zukunft optimiert. Die neue Seite vereint ein schlanke, elegantes Design mit einem angepassten Inhaltskonzept: die Suche, Filterung und Nutzung mit mobilen Geräten wurden verbessert. Im neuen Konzept steht die Website gleichwertig neben dem SMF-Printmagazin. Das bedeutet, dass alle Artikel des SMF nun auch online zu finden sind.

Eine wichtige Neuerung stellt der Teil der Website dar, der exklusiv von der Ärzteschaft eingesehen werden kann. Gewisse Informationen, beispielsweise zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, dürfen nicht öffentlich zugänglich sein. Durch den geschlossenen Bereich erreichen wir eine viel präzisere Informationsvermittlung, da klar zwischen Fachkräften und Laien unterschieden werden kann.

## **Wie gelangt man zum «exklusiven» Bereich der Website?**

Um diesen Teil der Seite aufrufen zu können, ist eine Anmeldung erforderlich. Die Verifizierung erfolgt momentan über ein SwissRX-Login der Stiftung Refdata. Diese bietet Identifizierungslösungen für medizinische sowie pharmazeutische Fachpersonen an und ist eine wichtige Partnerin für uns. Es werden jedoch laufend neue Authentifizierungsmöglichkeiten dazukommen, denn wir sind mit den führenden Anbietern in diesem Bereich im Gespräch. Künftig soll ausserdem ein Zugang für Studierende und Fachpersonen aus dem Ausland geschaffen werden.

Optisch ist der geschlossene Bereich genau gleich aufgebaut wie die restliche Website. Hinter der *registration wall* verbergen sich jedoch funktionelle Vorteile: so sind etwa ein verbessertes Filtern sowie der Download von PDFs möglich. Künftig werden bestimmte Informationen und auch ganze Artikel nur noch dort publiziert werden.

## **Was ist noch geplant? Wird es auch für die SÄZ-Website Neuerungen geben?**

Mit dem jetzigen Projekt wurde die Basis geschaffen, damit Optimierungen auch für die restlichen EMH-Websites umgesetzt werden können. Die Leserinnen und Leser dürfen gespannt sein, denn Verbesserungen für die *Schweizerische Ärztezeitung* sind schon in Planung. Angedacht ist etwa eine Anmeldemöglichkeit, die das Kommentieren von Artikeln sowie ein erweitertes Filtern von Artikeln ermöglichen wird. Interessierte können dank den neuen Filteroptionen genau die für sie relevanten Artikel finden.

**Bildnachweis**  
Julia Rippstein

[martin.fux\[at\]emh.ch](mailto:martin.fux[at]emh.ch)

## Ärztliche Kommunikation

# Mit Kopf, Herz und Hand

**Katrin Fasnacht**

Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztin für Kinderchirurgie, Praxisinhaberin Kindermedizin und Belegärztin Klinik Hirslanden Zürich

Ein persönliches Erlebnis aus der Kinderheilkunde hat die Autorin dazu veranlasst, über die Bedeutung der ärztlichen Kommunikation zu reflektieren. Wie wichtig sind interpersonelle Fertigkeiten, und machen sie Arzt und Patientin gesünder und glücklicher?

Das Kopf-Herz-Hand-Prinzip nach Johann Heinrich Pestalozzi beschreibt das Zusammenspiel von Denken, Fühlen und Handeln. Medizinische Fachpersonen denken und handeln gemeinhin viel, nicht selten bleiben dabei aber Emotionen und Empathie auf der Strecke.

Hierzu habe ich vor Jahren eine persönliche Erfahrung gemacht. Unser Baby hatte sich während eines Auslandsaufenthaltes am Kopf verletzt, und da es genau in meinen Fachbereich fiel, wusste ich, was zu tun war. So machten wir uns an einem sehr heissen Sommerabend nach einem anstrengenden Tag auf den Weg zur nächsten Kinderklinik. Zuvor hatte ich uns dort telefonisch angemeldet, mich als Fachperson zu erkennen gegeben und alle wichtigen Details zusammengefasst. Dass die emotionslose Reaktion am anderen Ende des Tele-

fons nur der Startschuss für zwei schwierige Tage sein sollte, konnte ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht ahnen. Die Erfahrungen, die wir als Eltern in einer grossen und bekannten Universitätsklinik dann machten, sollten ein Lehrstück dafür sein, wie man es nicht macht.

### Die Angehörigen ernst nehmen

Wir Eltern wurden mit unseren Sorgen und unserem spezifischen Wissen über unseren Jungen nicht ernst genommen beziehungsweise gar nicht erst angehört. Wir haben an diesem Abend kein aufmunterndes Lächeln gesehen, kein Interesse oder Verständnis gespürt, es hat uns niemand Mut zugesprochen oder uns beruhigt.

Auch medizinisch lief es nicht gut: Unser Baby wurde nicht gewogen (in der Pädiatrie eigentlich eine *Conditio sine qua non*), ja es wurde noch nicht einmal untersucht; die diensthabende Assistenzärztin hat den kleinen Patienten kein einziges Mal berührt! Ein uns nicht vorgestellter zweiter Assistenzarzt machte dann, ohne uns eines Blickes zu würdigen, einen Ultraschall. Seinen Befund konnten wir nur erahnen.

Sehr sinnbildlich war der Moment, in dem ich unser Baby von der Liege aufnehmen musste, um Platz für viele Formulare zu machen, die wir zu unterschreiben hatten.

Auf der Station hingegen durften wir vonseiten der Kinderkrankenpflege Kompetenz und Präsenz erfahren. Als unser Baby auf der Station ankam und dann aus voller Leibeskraft und unaufhörlich schrie, fragte mich die zuständige Pflegerin, ob sich das für mich als Mutter ungut anfühle. Ich wusste, dass unser Patient einen aufregenden Tag gehabt hatte, am Abend immer wieder aus dem Schlaf gerissen worden war und nun so reagierte, wie ich es kannte. Nein, alles gut.

Die Visite am nächsten Morgen machte eine Person, die mich nicht begrüßte und sich mir nicht vorstellte,



Unser Patient in stationärer Behandlung.

sie erklärte nicht, was Stand der Dinge war, sie machte keinen Small Talk (ich selbst hatte zufälligerweise an diesem Tag Geburtstag), sie verabschiedete sich nicht und machte keinen Ausblick: Sie sagte eigentlich gar nichts.

An einen Satz von ihr kann ich mich jedoch erinnern. Ich entschied mich nach zwei Nächten, mit unserem Kind, das glücklicherweise wohlauf war, gegen ärzt-

### Als ich die Verzichtserklärung unterschrieb, schaute sie mich an und sagte: «Sie wissen schon, dass er sterben kann?»

lichen Rat vorzeitig das Spital zu verlassen. Als ich ihr die Verzichtserklärung unterschrieben zurückgab, schaute sie mich an und sagte: «Sie wissen schon, dass er sterben kann?»

Was war geschehen? Es hatte praktisch keinerlei Kommunikation zwischen den Ärztinnen und Ärzten und uns Eltern stattgefunden. Ohne Kommunikation ist es fast unmöglich, miteinander auf positive Art und Weise in Beziehung zu treten. Die therapeutische Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten stellt nicht nur das Herz und die Kunst der Medizin dar, sondern ist auch eine zentrale Komponente im Behandlungsprozess [1].

### Doctor's bed-side manner matters

Ha und Longnecker [2] zeigen in ihrer Review auf, dass Patienten, die eine gute Kommunikation mit ihrer Ärztin beschreiben, gemeinhin zufriedener mit der Behandlung sind und die Compliance grösser ist [3]. Diese Faktoren sind nicht zuletzt auch mit einer besseren Genesung assoziiert. Gute Kommunikation und ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patientin machen schlicht auch einen effizienteren Informationsgewinn möglich, so dass die Diagnostik schlank gehalten werden kann. Dies spart Zeit, Nerven und Geld.

Bereits die medizinische Schule von Kos sprach unter Hippokrates von patientenzentrierter Medizin [4]. Die Entwicklung vom Paternalismus zum Individualismus in der Medizin ist richtig und wichtig. Wir leben und arbeiten in einer Zeit von *shared decision-making* und *patient-centered communication*. Gute Kommunikation hat Stil und Inhalt: Zuhören, Empathie zeigen und offene Fragen stellen. Die drei Hauptziele einer gelungenen Kommunikation sind die Herstellung und der Erhalt einer guten zwischenmenschlichen Beziehung, ein vereinfachter Informationsaustausch und die Betroffenen in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen [5].



Dr. med. Katrin Fasnacht musste als Mutter eines verletzten Kindes im Urlaub ein Lehrstück in Sachen schlechter Kommunikation erleben.

«To be a phenomenal doctor you have to be the whole package» – Orioles und Kollegen bringen es auf den Punkt [6]. Sie hatten Eltern von kritisch kranken Kindern gefragt, welche Aspekte sie sich von der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt wünschten. Am häufigsten genannt wurden: Empathie, Verfügbarkeit, das Kind als Individuum behandeln und die Kenntnisse der Eltern betreffend ihr Kind respektieren. Es geht also um deutlich mehr als nur um Fachkompetenz.

Tatsächlich taucht das elterliche Gefühl in zahlreichen Studien auf und ist ein sehr guter Marker, um

### Viele unserer Worte werden auf die Goldwaage gelegt, wenn sie manchmal auch noch so unbedeutend zu sein scheinen.

den Gesundheitszustand des Kindes einzuordnen. So fliesst die elterliche Beurteilung des kindlichen Verhaltens bei den PECARN-Regeln in die Entscheidung mit ein, ob ein Kleinkind nach Schädel-Hirn-Trauma eine CT-Bildgebung erhalten sollte oder nicht [7].

Unsere ärztliche Verantwortung sollten wir nicht nur in der Kinderheilkunde, sondern in jedem Fachbereich ganzheitlich sehen. Viele unserer Worte werden auf die Goldwaage gelegt, wenn sie manchmal auch noch so unbedeutend zu sein scheinen. In einer transparenten, offenen und digitalen Welt wollen Patientinnen und

Patienten aufgeklärt und auf ihrem medizinischen Weg an die Hand genommen werden.

Es bedarf gar nicht viel, um das Kommunikationsgeschick von medizinischen Fachpersonen zu verbessern, um so letztlich Betroffene und Angehörige zufriedener zu machen. Bereits kurze Schulungen haben den Effekt, dass Ärztinnen und Ärzte mehr loben, empathischer sind und mit den Familien besser kooperieren [8].

### *Patients must be both, cured and cared for*

Benedetti vergleicht die Beziehung zwischen der medizinischen Fachperson und der Patientin mit dem Placebo-Effekt, der auf biochemischer, zellulärer und physiologischer Ebene erklärt werden kann [9]. Eine Krankheit zu heilen allein reicht oftmals nicht aus; wirklich für den Patienten zu sorgen ist mindestens

### **Gute Kommunikation als Burnout-Prophylaxe: Nicht nur Patienten, auch die Ärztinnen sind nachweislich zufriedener, wenn der Umgang stimmt.**

genauso wichtig. Das geistige Befinden der erkrankten Person spielt eine zentrale Rolle im Genesungsprozess. Der Kardiologe und Friedensnobelpreisträger Bernard Lown plädiert in seiner «Anleitung zum Umdenken» für eine Medizin mit menschlichem Antlitz und beklagt die «Verlorene Kunst des Heilens» [10]. So trete im ärztlichen Alltag die Kunst des Zuhörens zugunsten von Laser und Kernspintomographen in den Hintergrund.

Oftmals verlieren Studierende und junge Praktizierende im Laufe der Zeit ihren zu Beginn der Karriere noch ganzheitlichen Ansatz, was möglicherweise mit der anstrengenden Ausbildungszeit zu tun hat: Sie zeigen weniger Empathie und ordnen aufwendige und kostspielige Untersuchungen und Konsile an, statt sich die Zeit für ein Gespräch zu nehmen [11].

Gute Kommunikation ist sogar eine Burnout-Prophylaxe: Nicht nur den Patienten geht es besser, wenn der

Umgang stimmt, sondern auch die Ärztinnen sind nachweislich zufriedener in ihrem Job [12].

Um abschliessend noch einmal auf meine eigene Geschichte zurückzukommen: Den Fragebogen «Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Aufenthalt?» habe ich

### **Eine Krankheit zu heilen allein reicht oftmals nicht aus; wirklich für den Patienten zu sorgen ist mindestens genauso wichtig.**

als Mutter ausgefüllt und der Klinik meine negativen Eindrücke mitgeteilt. Ob und welche Schlüsse man aus meiner Kritik gezogen hat, habe ich nie erfahren.

#### **Bildnachweis**

Foto Baby: Katrin Fasnacht

Foto Katrin Fasnacht: Marc Wetli

#### **Literatur**

- 1 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995.
- 2 Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010.
- 3 Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 1981.
- 4 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000.
- 5 Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology. Am Soc Hematol Educ Program*. 2002.
- 6 Orioles A, Miller VA, Kersun LS, Ingram M, Morrison WE. To be a phenomenal doctor you have to be the whole package: physicians' interpersonal behaviors during difficult conversations in pediatrics. *J Palliat Med*. 2013.
- 7 Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD Jr, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet*. 2009.
- 8 Hart CN, Drotar D, Gori A, Lewin L. Enhancing parent provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Educ Couns*. 2006.
- 9 Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev*. 2013.
- 10 Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. *Suhrkamp*: 2004.
- 11 DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging healthcare environment. *West J Med*. 1998.
- 12 Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002.

katrin.fasnacht[at]hin.ch  
www.klinikhirslanden.ch/  
kindermedizin

# Z wie Zweitmeinung oder die Folgen von «Psycho»

Dominik Heim

PD Dr. med., Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, Klinik Hohmad Thun/lexiatrik Luzern

Elegant streicht sie das Duschmittel auf ihre Arme, eine unscharfe, schwarze Gestalt bildet sich am Duschvorhang ab, der Vorhang wird zurückgerissen, ein breites Messer sticht zu, immer und immer wieder, sie kreischt, die Musik setzt mit schrillen Geigen zum Crescendo an, langsam sinkt sie zu Boden, ein lebloses Auge blickt schräg in die Kamera, oben spritzt Wasser aus dem Duschkopf, und unten fliesst das mit Wasser vermischte Blut in den Duschablauf (Szene aus *Psycho* von Alfred Hitchcock).

Und im biographischen Spielfilm *Hitchcock* (2012 von Sacha Gervasi) sieht man Hitchcock (Anthony Hopkins) einen Veitstanz im Vestibül des Kinos aufführen, als er die entsetzten Schreie der Zuschauerinnen und Zuschauer im Kinosaal hört – geschafft!

Diese Duschszene aus *Psycho* (1960) gilt bis heute als unerreicht mit ihren präzisen Einstellungen, Schnitten und eben nur angedeuteter Brutalität, hat unzählige Nachahmer im Filmbusiness gefunden und habe den Horrorfilm eigentlich begründet, sagen einige Kritiker. Da bin ich zwar nicht sicher, wenn ich an *Nosferatu* (F.W. Murnau, 1922) denke. Die Aufnahmen der Duschszene haben eine ganze Woche gedauert, bis der Regisseur mit seinem Hang zur Perfektion zufrieden war. Auch der Erfolg fiel ihm, dem *master of suspense*, nicht in den Schoss, vielmehr fielen ihm die Filmstudios in den Rücken und verlangten Änderungen, bevor der Film in die Kinos kommen durfte. Und *Psycho* wurde ein Riesenerfolg! Ob die erste Version von Hitchcock auch ohne diese *second opinion* der Studiokritiker ein Erfolg geworden wäre, wird man nie wissen.

## Eigene Interessen hintenanstellen

Zweitmeinungen prägen zunehmend auch die medizinische Kultur. In der Schweizerischen Orthopädeengesellschaft (swiss orthopaedics) gab es in der Präsident-

schaft von Roland P. Jakob (1994-1996) Bemühungen, solche Zweitmeinungen für obligatorisch zu erklären [1]. Wenn man die zahlreichen versicherungsmedizinischen Gutachten zu fraglichen Sorgfaltspflichtverletzungen

betrachtet, dann kann man dieser Idee viel Positives abgewinnen. In der Tat ist der moderne Patient trotz oder wegen seines Google-Wissens nicht selten nach einem Aufklärungsgespräch verunsichert.

Aber Zweitmeinungen dürfen nicht dazu dienen, die (allenfalls) verunsicherte Patientin als eigene «Kundin» (Ausdruck der Rechtsschutzversicherungen) zu akquirieren. Auch darf zwischen Erstmeinendem und Zweitmeinendem kein gegenseitiges Interesse vorhanden sein. Ja, eine ehrliche Zweitmeinung bedeutet auch, seine eigenen Interessen hintanzustellen. Das ist anspruchsvoll. Aber ich bin überzeugt, dass eine *second opinion* zu einer Reduktion der Operationszahlen und – trotz Kosten für eine Zweitmeinung – zu optimierten Behandlungen führt.

## Ob die erste Version von Hitchcock auch ohne die *second opinion* der Kritiker ein Erfolg geworden wäre?

Zweitmeinungen spielen auch in ganz andern Sparten des Lebens eine Rolle: Haben Sie Ihr Bike in einer dieser Grosskonzernen angehörenden Ladenketten gekauft? Und sind Sie vorher in ein versiertes Velogeschäft gegangen für eine zusätzliche Beratung? Darf ich Ihnen eine Zweitmeinung geben? Kaufen Sie ein Velo mit 29-Zoll-Rädern, und lassen Sie sich die carpal-tunnelschonenden «Zusatzhörnli» am Lenker montieren – sie werden fahren (fast) wie mit einem E-Bike!

## Literatur

- 1 Mariama Kaba. Die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie seit 1992. Basel; Schwabe Verlag; 2020.



Bildnachweis  
sda-keystone

Dominik Heim  
Bodenweg 25  
CH-3714 Frutigen  
heim.dominik[at]bluewin.ch

A la fois une fresque sociale et un documentaire attachant

# Vies dans le Haut-Tessin traditionnel

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Fabio Andina  
Jours à Leontica

Editions Zoé:  
Chêne-Bourg/Genève;  
2021, 252 pages

C'est un livre coloré, fascinant, que celui de Fabio Andina, écrivain tessinois né en 1972. Il est nommé roman mais, à le parcourir, on a l'impression forte de circonstances vécues, ce qui pousse à le qualifier de récit documentaire. L'auteur a été enfant à Leontica, dans le val Blenio, au-dessus d'Acquarossa, et connaît bien la nature, la vie et la communauté qu'il raconte.

Fabio Andina nous offre la description frugale, sans précipitation, d'une microsociété, d'une microculture. Le héros en est «le Felice», vieux garçon marié une fois durant quelques mois, qui a, comme jeune adulte, passé quelque temps en Russie dans les années 1960. A part cet épisode, il a toujours vécu au village. Le narrateur – qu'on imagine proche de l'auteur – vit dans un chalet voisin de celui de Felice et l'accompagne dans ses tournées et visites dans cette microrégion. Felice a 90 ans et vit nu-pieds durant l'essentiel de l'année; en saison froide, il porte ses vieilles chaussures militaires. Son rite est de se lever chaque matin vers 5 heures et de monter durant plus d'une heure dans la montagne pour prendre un bain dans un bassin naturel glacial. Le narrateur l'accompagne. La montée est ponctuée d'arrêts réguliers, notamment à l'étable du Sosto, où on bénéficie d'un verre de grappa au retour. On dérange parfois des cerfs.

Je suis issu d'un milieu de paysans et vigneron du Plateau vaudois, mes ascendants avaient, mutatis mutandis, des habitudes de vie proches de celles des gens de Leontica quant à la simplicité du quotidien.

**Fabio Andina offre la description frugale d'une microsociété, d'une microculture. Le héros en est «le Felice», vieux garçon de 90 ans.**

Dans mon enfance, on disait «Le Paul», «La Juliette». Cela est passé de mode, mais c'est encore la règle à Leontica, ce qui peut parfois déboussoler le lecteur par les mentions mêlées des noms des personnes et des animaux domestiques. A la lecture, on se demande quelle époque est décrite. Il s'agit pourtant du début du XXI<sup>e</sup> siècle: presque chaque maison a un frigo, certains ont un véhicule utilitaire, un portable, une adresse internet. Au bar Gallo Cedrone, la serveuse interrompt les conversations parce que, à la télé, la skieuse Lara Gut est en course.

Les 250 pages regorgent de personnages pittoresques, hommes et femmes, souvent au-delà des 80 ans,

quelques enfants aussi, dont on apprend les habitudes. Sont dépeints des tableaux de la vie quotidienne: la préparation des repas qui prend du temps, le défilé de la Milice historique tous les 24 juin, pour la Saint-Jean. Faits et gestes, discussions ou moments taciturnes, rencontres, tout se déroule calmement. Pas de rognés éternelles, de «bringues» de famille ou de voisinage. Est-ce vraiment possible? Tout le monde n'aime pas forcément tout le monde, mais on se côtoie, on se parle. Je ne dévoile pas la clé de l'énigme de l'installation chez le Felice d'un deuxième lit dans une chambre vide. Sa femme reviendrait-elle, après des décennies?

**Ce roman a été soutenu dans un sens d'interconnaissance et de solidarité confédérales. La vie décrite pourrait ne plus exister longtemps.**

L'apothéose, c'est la découverte de Felice mort dans son lit, un matin où comme de coutume le narrateur vient le chercher pour monter à la «pozza». Tout le village débarque peu à peu: le médecin d'Acquarossa qui constate le décès, le curé qui est éconduit parce qu'on sait que le Felice n'aurait pas voulu d'un service religieux, le maire. Chacune et chacun vient avec boissons et victuailles, on ouvre des bouteilles, un grand repas est préparé. Sans excès, l'ambiance s'anime. La stupéfaction c'est quand, quelques heures après que le Pep, ami proche du disparu, a fait un mystérieux téléphone, arrive un fourgon zurichois. La communauté découvre que le Felice a donné son corps à la science, corps emmené après que les convoyeurs ont partagé une tasse de café et accepté un casse-croûte. Coup de théâtre posthume du vieux solitaire.

Ce récit a bénéficié d'aides à la culture dans un sens d'interconnaissance et de solidarité confédérales. Une excellente initiative pour cette description d'une vie dont il est probable qu'elle ne se maintiendra pas longtemps telle quelle, sur sa montagne dans la vallée du Lukmanier. Maintenant déjà, nos enfants vivant pour l'essentiel en milieu urbain ne peuvent guère imaginer ce que raconte *Jours à Leontica*, tout près de nous pourtant. Je crois que l'essentiel y est véridique mais, de toute manière et par hypothèse, *se non è vero, è ben trovato*.

jean.martin[at]saez.ch



Dr. Jörg Haslbeck  
(© Careum Hochschule  
Gesundheit)

### Neuer Prorektor Lehre an der Careum Hochschule Gesundheit

Dr. Jörg Haslbeck wird Prorektor Lehre an der Careum Hochschule Gesundheit und Geschäftsleitungsmitglied. Er ersetzt ab dem 1. Juni 2021 Prof. Ursina Baumgartner, die frühpensioniert wird. Dr. Jörg Haslbeck startete seine pflegerische Karriere 1996 als staatlich examinierter Pflegefachmann im Klinikum Nürnberg Nord. Nach einem Bachelor- und Masterstudiengang in Science in

Nursing von 1998 bis 2003 an der Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, promovierte er an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, und schloss 2008 als Doctor of Public Health ab. Es folgten Postdoc-Trainings in den USA an der Yale University und am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. 2010 begann Jörg Haslbeck als Bereichsleiter Patientenbildung bei der Careum Stiftung zu arbeiten, und von 2015 bis 2017 bei Careum Forschung als Leiter des Kompetenzzentrums Patientenbildung. 2017 wechselte er zur Krebsliga Schweiz, wo er als Leiter Abteilung Nachsorge und ad interim auch als Co-Bereichsleitung Vorsorge-Betreuung-Nachsorge tätig war.

(Careum Hochschule Gesundheit)

### Hôpital Riviera-Chablais: Christian Moeckli prendra ses fonctions le 1<sup>er</sup> juin

Christian Moeckli, désigné début mars par le Conseil d'Établissement de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, entamera officiellement son mandat de directeur général le 1<sup>er</sup> juin 2021. Il succédera au Prof. Pierre-François Leyvraz, qui aura assuré l'intérim durant un an. Né en 1965, Christian Moeckli est titulaire d'une licence ès sciences politiques de l'Université de Lausanne et au bénéfice d'une formation postgrade en gestion d'entreprises à Zurich et en management des ressources humaines à l'Université de Genève. Il a été cinq ans à la tête de la Fondation de Nant, établissement qui assure les soins psychiatriques publiques dans l'Est vaudois.

(Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais)

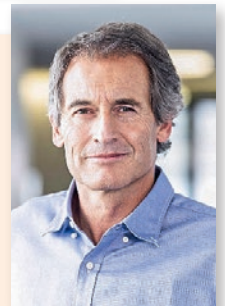


Christian Moeckli  
(© Hôpital Riviera-  
Chablais, Vaud-  
Valais)

### Neuer Verwaltungsratspräsident bei SIRMED

Dr. Stefan Metzker wurde Ende März zum Verwaltungsratspräsidenten der SIRMED gewählt. Er tritt die Nachfolge von Dr. Zeno Supersaxo an, der das Amt aufgrund der regularisch limitierten Amtsdauer abgibt. Gleichzeitig tritt Prof. Dr. Markus Bèchir aus dem VR zurück, da der in den Stiftungsrat der Schweizer Paraplegiker-Stiftung gewählt wurde. Stefan Metzker ist CEO des Spitals Männedorf. Zuvor war er Direktor der Kliniken Valens. Nach seiner Ausbildung als Internist und Notarzt in der Schweiz war er Rega-Arzt und später Leitender Arzt im Bereich Intensivmedizin an einer Universitätsklinik und beim Aufbau von Firmen im Medizinproduktebereich in Südafrika tätig. Neben seiner Fachausbildung als Internist besitzt Metzker ein Executive MBA.

(Schweizer Paraplegiker-Stiftung)



Dr. Stefan Metzker  
(© Paraplegie-  
Gruppe)

### Qualité des soins: Prof. Pierre Chopard à la tête de la nouvelle commission fédérale

La présidence de la Commission fédérale de la qualité (CFQ), instituée suite à la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, est confiée au Prof. Pierre Chopard, médecin-chef du Service qualité des soins aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et professeur associé à l'Université de Genève. Il est co-directeur du programme CAS/DAS Qualité et sécurité des soins de l'Université de Genève. Dès 1999, Prof. Pierre Chopard crée la Journée Qualité pour promouvoir la qualité et encourager les équipes à mener des projets d'amélioration dans tous les secteurs d'activité. Nommé à la tête du Service qualité des soins en 2007, il initie la réalisation régulière d'enquêtes de satisfaction de la patientèle et développe les indicateurs cliniques. Il introduit dès 2007 le système de gestion des incidents et événements indésirables graves afin de réduire leurs risques de survenue. La CFQ devra mettre en œuvre, avec les différents acteurs de la santé, les objectifs fixés par le Conseil fédéral tous les quatre ans. Elle élaborera des indicateurs de qualité, mènera des programmes nationaux de promotion de la qualité et veillera à ce que la sécurité des patients soit encouragée.

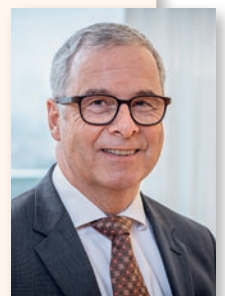
(HUG)



Prof. Pierre Chopard  
(© HUG)

### Direktor des Stadtsitals Waid und Triemli tritt ab

André Zemp, Direktor des Stadtsitals Waid und Triemli, wird neuer Präsident des Spitalrats des Universitätsspitals Zürich. Er verlässt das Stadtspital Waid und Triemli spätestens per Ende September. André Zemp hat 2018 die gemeinsame Leitung der Spitäler Waid und Triemli übernommen, mit der Aufgabe, diese zu einem Stadtspital zusammenzuführen. Unter seiner Führung wurden basierend auf den Stärken beider Spitäler eine neue Angebotsstrategie erarbeitet und standortübergreifende Prozesse eingeführt. Seine Arbeit hat massgeblich dazu beigetragen, die Weichen für das Stadtspital neu zu stellen und die Positionierung zu stärken. Auch konnten in den letzten zwei Jahren die wirtschaftlichen Ergebnisse des Stadtsitals verbessert werden. Die Nachfolgeplanung von André Zemp wird nun angegangen.



André Zemp  
(© Stadtspital  
Waid und Triemli)

# Autistisch-undiszipliniertes Denken: war das einmal?

Werner Bauer

Dr. med., ehem. Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



Der Chefarzt einer meiner ersten Arbeitsstellen hat uns Assistenzärztinnen und -ärzten eindringlich die Lektüre des Buches *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung* empfohlen [1]. Es erschien erstmals 1919, hat fünf Auflagen erlebt und ist antiquarisch erhältlich. Sein Verfasser ist Professor Eugen Bleuler, der von 1898 bis 1927 Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik (damals «Burghölzli») in Zürich war und den Begriff der Schizophrenie prägte.

Das ganze Buch ist ein mit vielen Beispielen untermauertes Plädoyer für ärztliches Reden und Handeln auf der Basis von klarem, kritischem Denken, zu dem auch immer das Eingeständnis gehören muss, dass man etwas schlicht nicht weiss. Viele Szenen, die der Autor beschreibt, gehören natürlich in die Medizingeschichte, sie sind aber träf, unterhaltsam, einleuchtend und voller Bezüge zur Gegenwart. Ich muss mich auf einige Zitate beschränken:

- *Fast so schwer wie das «ich kann nicht helfen» und «ich weiss es nicht», jedenfalls für viele zu schwer, ist das «ich finde nichts» bei der Untersuchung.*
- *Der Trieb zu heilen kann nurmehr der Antrieb und die Treibkraft unseres Handelns sein; die Richtung desselben, das Wo und das Wie zu bestimmen, das ist ganz allein eine Sache des Verstandes.*
- *Dass das Stillen lange Zeit vernachlässigt oder gar verpönt war, ist unter der ausdrücklichen und stillschweigenden Billigung der Ärzte geschehen. Bei einem Kindbett wurde ich gelehrt, dass man die Frau 12 Tage im Bett halten müsse (einzelne wollten sie sogar während dieser Zeit in Rückenlage festhalten) [...] Vor wenigen Jahren hat die Vorsicht umgeschlagen; man empfiehlt möglichst frühes Aufstehen.*
- *Ich weiss die Zeit noch, wo die Ärzte bei Neigung zu Verstopfung alles «schwer Verdauliche», nicht voll Ausnutzbare verboten. Seitdem haben die Vegetarier uns gelehrt, dass gerade der Ballast die Darmtätigkeit anregt. Man verschreibt den Verstopften Agarase, nur um das Volumen der Fäces zu vergrössern, und in einer Irrenanstalt hat man längere Zeit massenhaft gesiebten Kies als Abführmittel gegeben, wobei ich an dem Erfolg nicht zweifle, wohl aber an der Notwendigkeit, den Gedärmen der Geisteskranken so viel in ihre Tätigkeit hineinzureden.*

– *Wie Astronomie und Chemie aus Astrologie und Alchemie heraus sich entwickelt haben, so ist die Arznewissenschaft auf dem Wege über den Kräutermann mit seiner nur äusserlich gefärbten, aber in Wirklichkeit fast ganz autistischen Tätigkeit aus der Zauberei des Medizinmannes herausgewachsen – leider aber noch nicht ganz, der Arzt steckt noch mit einem Fusse drin und der Laie bis an die Brust.*

Auch die Grippeepidemie von 1918/19 gibt Eugen Bleuler Anlass, das Denken und das Verhalten der Ärzte unter der damaligen Belastungssituation zu hinterfragen. Seine Beispiele und Überlegungen sind zum Teil gar nicht so weit weg von dem, was heute beobachtet und diskutiert wird:

- *Ergraute Praktiker wetteifern mit Leuten, die die Examensangst noch kaum überwunden haben, in der Verbreitung von neuen und alten Wahrheiten und benutzen dazu auch die Zeitungen [Anmerkung des «Setzers»: Kommt uns das irgendwie bekannt vor?], und die Behörden müssen, auch wenn sie den Unsinn einsehen, zur Beruhigung des Publikums und um sich die schwersten Vorwürfe zu ersparen, allerlei Vorschriften erlassen und mit Strafandrohungen gewichtig machen. Sie müssen in den Erlassen über das Kohlesparen das Fensteröffnen und den häufigen Wechsel der Leibwäsche verbieten, in den Grippeerlassen das Fensteröffnen und eifrigen Wäschewechsel aber befehlen und noch viele andere psychologische Wahlversuche mit ihren lieben Untertanen machen.*
- *Die Lieferung von Salvarsan an die Schweiz durch Deutschland zum Zwecke der Grippebekämpfung ist eine politische Aktion geworden.*

Heute geht es zwar nicht mehr um Salvarsan, sondern um knappe Impfstoffe; es geht nicht mehr um Kieselsteine als Abführmittel, sondern um neue Technologien und Superantikörper; es geht nicht mehr nur um Zeitungartikel, sondern um alle möglichen Internetplattformen mit widersprüchlichen Experteninterviews, die sich zum Teil nur auf präliminäre Studienergebnisse stützen.

Fazit: Der Begriff des autistisch-undisziplinierten Denkens wird uns wohl noch eine ganze Weile begleiten. Und das nicht nur in der Medizin ...

## Literatur

- 1 Bleuler E. *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*. 5. Auflage, 3. Neudruck. Berlin: Springer; 1975.

werner.bauer[at]hin.ch



# DAS MASKENTRAGEN

IST ER AN EINER  
ÜBERDOSIS GESTORBEN?

NEIN,  
AN SEINEM EIGENEN  
MUNDGERUCH!

MEINE  
GÜTE!

NÉDJIMEDDINE · B